

मातृत्व लाभ के लिए जीवित बच्चों का दावा



कर्मचारी राज्य बीमा निगम



नियोजक का कोड नंबर _____

बीमित महिला हस्ताक्षर या
अंगूठे का निशान

बीमित महिला का नाम _____

बीमा संख्या _____

नियोजक का नाम एवं हस्ताक्षर

_____ की पत्नी/पुत्री

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आज की तारीख में मेरे निम्नलिखित जीवित बच्चे/बच्चे हैं।

क्रं सं.	बीमित महिला का नाम	लिंग	जन्म तिथि
पहला संतान			
दूसरा संतान			
तीसरा संतान			
चौथा संतान			

इसके अलावा, मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सत्य है। कुछ भी छुपाया नहीं गया है। इसलिए, भुगतान के लिए पहले/दूसरे/तीसरे/आगे बच्चे के लिए मातृत्व भुगतान के लिए मेरा दावा स्वीकार किया जाए।

दिनांक :

बीमित महिला हस्ताक्षर या
अंगूठे का निशान

महत्वपूर्ण: कोई भी व्यक्ति जो हितलाभ प्राप्त करने के उद्देश्य से झूठा बयान देता है या अभ्यावेदन करता है, चाहे वह अपने लिए या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, यह दंडनीय अपराध है, जिसे छह महीने तक बढ़ाया जा सकता है या 2000 रुपये तक का जुर्माना हो सकता है। - या दोनों एक साथ।