

मोबाइल नं./ Mobile Number

दावा संख्या/Claim I.D

प्रपत्र-5 बी.पि
FORM 5 IF

कर्मचारी निधिप सहकारी बीमा योजना, 1976
THE EMPLOYEES' DEPOSIT- LINKED INSURANCE SCHEME, 1976

प्रत्येक दावेदार द्वारा अलग-अलग भरा जाए। यदि दावेदार एक अल्पवयस्क है तो उसके अभिभावक द्वारा भरा जाए। एक से अधिक अल्पवयस्क दावेदार होने की स्थिति में अभिभावक द्वारा एक प्रपत्र भरा जाए। To be filled up separately by each claimant. In case the claimant is minor it should be filled up by the guardian on his/her behalf. Where there are more than one minor the guardian should claim in one Form on their behalf.

टिप्पणी - इस प्रपत्र को भरने से पहले अनुदेशों को ध्यानपूर्वक पढ़िए।(Note - Read the "Instructions" carefully before completing this form)

1. मृतक सदस्य का विवरण The Particulars in respect of the deceased member			
(क) मृतक सदस्य का नाम (a) Name of the Deceased member			
(ख) पिता का नाम (पति का नाम किताबित महिला के मामले में) (b) Father's Name (Husband's name in the case of married woman)			
(ग) मृत्यु की तिथि (c) Date of Death (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
(घ) फैक्ट्री/स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अन्तिम बार था/ (d) Name and Address of the Factory /Establishment where the member was last employed.			
(द) प्रविधि निधि खाता संख्या (e) Provident Fund Account No	रो./का. कोड RO/Office Code	स्थापना की कोड नं. Estt. Code No.	खाता नं. A/c No.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. दावेदार/अभिभावक का विवरण/ Details of the claimant/guardian.

(क) नाम/Name

(ख) जन्म तिथि/ Date of Birth (dd/mm/yyyy)

(ग) मृतक के साथ सम्बन्ध/ Relation with the deceased

यदि दावेदार अभिभावक है तो अल्पवयस्क दावेदार का विवरण [If the claimant is a guardian, details of the minor nominee/heir

अल्पवयस्क का नाम/Name of the minor	अभिभावक का अल्पवयस्क के साथ सम्बन्ध/Relationship of the guardian with minor
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 दावेदार का पूर्ण डाक पता (ब्लॉक अक्षरों में)

श्री/श्रीमती/ Shri./Smt.....

Claimant's Full Postal address (in block letters)

सुपुत्र/पत्नी/पति/पुत्री/ Do/ S/o W/o H/o.....

..... पिन/Pin.....

दावेदार के हस्ताक्षर/Signature of claimant

निर्देशक के हस्ताक्षर/Signature of Employer

Form 5IF (www.epfindia.gov.in)

Page 1 of 4

4 राशि भेजने की रीति Mode of remittance:

मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं./अनुसूचित बैंक/ डाकघर) में रेकॉर्डिंग चेक इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आयात खाता सीधे भेजा जाए/ By account payees cheque/ electronic mode sent Direct for credit to my S.B. A/C (Scheduled Bank /PO) Under intimation to me

बचत बैंक खाता सं./
S.B Account no.....

बैंक का नाम/
Name of the Bank.....

(अपने बैंक खाते के खाली/रफ़ बैंक की एक प्रति संलग्न करें Please attach a copy of cancelled/blank Cheque)

शाखा/Branch.....

शाखा का पूरा पता/ Full Address of the Branch.....

(दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान)
(Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant)

**अग्रिम पेशगी रसीद
Advance Stamped Receipt**

.....रुपए (केवल रुपए) की राशि क्षेत्रीय मन्त्रिण निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय के द्वारा कर्मचारी निवेश सहबद्ध बीमा योजना तमों के रूप में मेरे बचत खाते में जमा के लिए प्राप्त हुए।

*Received a sum of Rs.....(*Rupees.....only)
from Regional Provident Fund Commissioner/Officer-in-charge of sub Regional Office.....by
deposit in my Saving Bank account towards the Employees' Deposit Linked Insurance benefit.

एचएन क्षेत्रीय मन्त्रिण निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरा जाने के लिए खाली छोड़ा जाना चाहिए
*The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner/Officer incharge of S.R.O.

₹ 1 राजस्व
टिक्के
₹ 1
Revenue
Stamp

दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant

प्रमाण-पत्र / Certificate
(निर्देशक द्वारा भरा जाए To be furnished by the Employer)

1 प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार ने मेरे सामने हस्ताक्षर/अंगूठा निशान किया है। उपरोक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार पूर्णतः सत्य है।
Certified that the claimant has signed/thumb impressed before me. I declare that the above particulars are true to the best of my knowledge.

2 प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य की मृत्यु सेवाकाल के दौरान दिनांक को _____ हुई।
Certified that the member died on _____ while in service.

3 प्रमाणित करता हूँ कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमारी _____
काता संख्या _____ की भविष्य निधि राशि श्री/श्रीमती/कुमारी को दिया गया।
Certified that the Provident Fund accumulation of deceased employee, late Sh/Smt./Kumari _____
A/c. No. _____ were paid to Shri/Smt./Kumari _____

- (i)
(ii)
(iii)

सूट प्राप्त प्रतिष्ठान के निवोन्क मृतक कर्मचारी के नामांकन प्रपत्र को तलदीक/सहस्यकन प्रति भेजेगे।
(The employer of exempted Establishment shall send on attested copy of the nomination of the deceased employee)

सदस्य की मृत्यु के तुरन्त पूर्व 12 महीने में प्रत्येक माह के अन्त में सदस्य के भविष्य निधि खाते में शेष विवरण /Balance in Provident Fund at the end of the month, proceeding the 12 months immediately proceeding the death of the member
कर्मचारी भविष्य निधि योजना 1952 से सूट प्राप्त स्थापन द्वारा भरा जाए /To be filled in by employee of establishment exempted under EPF Scheme 1952.

क्र. सं./ S.No	माह/ Month	असादान के दोनो हिस्से/ Both shares of Contribution	निकाली धन की गणनी/ Refund of withdrawal	आज/ Interest	निकाली/ Withdrawals	उत्पन्न शेष/ Progressive Balance
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
जोड़/Total						

12 महीने का जोड़
Total of 12 Months

भविष्य निधि शेष ₹ _____
Provident Fund Balance ₹ _____

औसत शेष ₹ _____
Average Balance ₹ _____

निर्देशक के हस्ताक्षर (कार्यालय में भर सहित नाम तथा पदनाम)
Signature of the employer (Name & designation with official Seal)

दिनांक Date
#यदि लागू न हो कार्ट डीफिए Delete, if not applicable

टिप्पणी : असूट प्राप्त प्रतिष्ठानों के निवोन्कों द्वारा केवल स्तम्भ 2 भरा जाना चाहिए और सूट प्राप्त प्रतिष्ठानों के निवोन्कों को सभी खाने भरने चाहिए।
Note: The employer of un-exempted establishment should fill in the column 2 only and the employer of exempted establishment should fill in the all columns.

(आयुक्त कार्यालय के प्रयोग हेतु)
(For the use of Commissioner's Office)

फार्म 21-ए/9 (संशोधित) 1 बी.गि. तथा निकाली रजिस्टर में दर्ज कर लिया है।
Entered in Form 21-A/9 (Revised) 1 I.F. withdrawal Register

सा.सु.स.
SSA

अनु. पर्व
SS

रुपये के अंशिन

(Under ₹

भुगतान नव संख्या

P. I. No.....

खाता संख्या

Account No

अनुभाग

Section

₹ सेवक रूप में राशि भुगतान के लिए पास की गई तथा राशि
श्री/श्रीमती/कुमारी के बचत बैंक खाते में जमा के लिए अदा की जाए जोकि बैंक में है।
Passed for payment for ₹ (₹.....) and the
amount may be remitted for credit to the Saving Bank Account No..... in respect of
Sh./Smt./Kumari maintained at (Bank)

लेखा अधिकारी / Accounts Officer
दिनांक / Date:

चेक संख्या से सम्बन्धित द्राउट मुकदमा किया गया।
Paid by inclusion in cheque No.

सा.सु.स.
SSA

अनु. पर्व
SS

स.आ./शे.आ
A.C/R.C

