

दिनांक:— .....

सेवा में,  
प्रबन्ध निदेशक,  
यू0पी0सिडको, मुख्यालय,  
लखनऊ।

द्वारा उचित माध्यम

महोदय,

कृपया दुख के साथ सूचित करना पड़ रहा है कि आपके विभाग में कार्यरत मेरे पति श्री ....., जोकि ..... पर कार्यरत थे, की दिनांक ..... को ..... के कारण हो गई है।

इस सम्बन्ध में आपसे निवेदन है कि विभाग द्वारा विभिन्न देयों बेनीवोलेण्ट फण्ड, ई0पी0एफ0, ग्रेच्युटी, सामूहिक बीमा योजना, अवकाश नकदीकरण एवं ई0डी0एल0आई0 के देयों का शीघ्र भुगतान कराने की कृपा करें। विभाग से प्राप्त फॉर्म, ई0पी0एफ0 प्रीसिप्ट, जी0आईएस0 फार्म एवं ई0डी0एल0आई0 फॉर्म, मृत्यु प्रमाण-पत्र सहित संलग्न है।

संलग्नक:— निम्नवत्।

- 1- Death Certificate Original Copy
- 2- Address Proof, Aadhar copy, Voter ID copy.
- 3- EPF Pre-receipt.
- 4- GIS Claim Form.

भवदीया,

.....  
.....  
.....

उ०प्र० समाज कल्याण निर्माण निगम लि०  
टी०सी०-४६व विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ

सी०पी०एफ० ट्रस्ट

(केवल मृत्यु के मामले में प्रयोगार्थ)

- (क)
- 1- सदस्य का नाम .....
  - 2- पद (जिस पर कार्यरत था) .....
  - 3- पिता/पति का नाम .....
  - 4- भविष्य निधि खाता संख्या उ०प्र० / 7486 / .....
  - 5- जनपद .....
  - 6- नौकरी छोड़ने की तिथि  
(मृतक सदस्य के मामले में) .....
  - 7- नौकरी छोड़ने का कारण  
(मृतक सदस्य के मामले में) .....
  - 8- सदस्य की मृत्यु की तिथि .....
  - 9- मृत्यु के दिन मृतक सदस्य की  
वैवाहिक स्थिति .....

(ख)

दावेदार का विवरण

- 1- दावेदार का नाम .....
- 2- पिता/पति का नाम .....
- 3- लिंग .....
- 4- आयु (सदस्य की मृत्यु की तारीख को).....
- 5- वैवाहिक स्थिति  
(सदस्य की मृत्यु की तारीख को) .....
- 6- सदस्य से सम्बन्ध .....

(ग)

नाबालिक/विक्षिप्त सदस्य के अभिवावक/प्रबन्धक द्वारा या मृतक सदस्य के विक्षिप्त/ नाबालिक के नामित (तौ) वैध उत्तराधिकारी (यो) परिवार के सदस्य (यो) द्वारा भरा जाये।

- 1- दावेदार का नाम (अभिवावक का नाम) .....
- 2- पिता/पति का नाम .....
- 3- मृतक सदस्य से सम्बन्ध .....

नाबालिक/ विक्षिप्त नामित (तौ) वैध उत्तराधिकारी (यो) परिवार के सदस्य (यो) का विवरण जिसकी ओर से भविष्य निधि राशि के लिये दावा किया गया है।

क्र०सं०	नाम	लिंग	आयु	धर्म	सम्बन्ध सदस्य से    अभिवावक से
---------	-----	------	-----	------	-----------------------------------

(घ) दावेदार का पूरा पता

.....

(ङ) बचत बैंक खाता का विवरण

(1) खाता संख्या

.....

(2) बैंक का नाम

.....

(3) शाखा

.....

(4) बैंक का पूरा पता

.....

.....

प्रमाण-पत्र

- 1- जहाँ तक मेरी जानकारी है मृतक सदस्य के मरणोपरान्त उसकी कोई सन्तान जन्म लेना बाकी नहीं है।
- 2- मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में सत्य है।
- 3- मैं प्रमाणित करता हूँ कि नाबालिक/विक्षिप्त श्री/श्रीमती ..... मेरे साथ रहे/रही हैं और उनकी देखभाल और भरण-पोषण मेरे द्वारा किया जा रहा है तथा नाबालिक/विक्षिप्त की ओर से दावा की गई राशि उसके श्रेष्ठ हितों एवं लाभ पर खर्च की जायेगी।
- 4- मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन से लगातार छः माह की पूर्व की अवधि तक नाबालिक सदस्य ने किसी भी एसी फैक्ट्री/स्थापना में कार्य नहीं किया है, जिस पर अधिनियम लागू हो। (जो लागू न हो उसे काट दें।)

हस्ताक्षर प्रमाणित

दावेदार के हस्ताक्षर या बायें/दायें  
हाथ के अंगूठे का निशान

राजपत्रित अधिकारी

अग्रिम प्राप्ति रसीद

श्री/श्रीमती .....के कर्मचारी भविष्य निधि के खाता संख्या-उ0प्र0/  
7486/.....के भुगतान की धनराशि ₹ ..... सी0पी0एफ0 ट्रस्ट से  
मेरे बचत खाते में प्राप्त हुये।  
संलग्नक:-

- 1- वोटर आई0डी0 की फोटो कापी (मृतक एवं दावेदार दोनों की)
- 2- आधार कार्ड की फोटो कापी (मृतक एवं दावेदार दोनों की)
- 3- बैंक ऐन्ट वोटर आई0डी0 की फोटो कापी (मृतक एवं दावेदार दोनों की)

₹ 1 का  
रसीदी टिकट  
चिपकायें

हस्ताक्षर

शर्तें

- 1- यदि मृतक सदस्य के परिवार के सदस्यों की एक सूची उनके पूरे ब्यौरे जो तहसीलदार या अधिशासी मजिस्ट्रेट द्वारा प्रदान की गई हो संलग्न की जाये जिसमें मृतक सदस्य से सम्बन्ध, आयु, वैवाहिक स्थिति आदि सूचित की गई है।
- 2- यदि प्रार्थना-पत्र नाबालिक/नामित/पारिवारिक सदस्य/वैध उत्तराधिकारी वास्तविक अभिवावक के अतिरिक्त अन्य अभिवावक द्वारा प्रेषित किया गया है तो उस दशा में सक्षम न्यायालय द्वारा जारी किया गया अभिवावक प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिये।

**भारतीय जीवन बीमा निगम**  
(भारतीय जीवन बीमा निगम अधिनियम के अन्तर्गत स्थापित)  
ई0डी0एल0आई0 योजना के बदले में लागू वेतन बचत योजना के अन्तर्गत फार्म

**अनुदान ग्राही (ग्रान्ट) का विवरण**  
(मास्टर पालिसी धारक अर्थात् सेवायोजक द्वारा भरा जाना चाहिए)

1. (क) योजना का नाम ई0डी0एल0आई  
(ख) मास्टर पालिसी संख्या OYRGTA-1/20774166  
(ग) मास्टर पालिसी धारक का पूरा नाम और पता यू0पी0 स्टेट कन्सट्रक्शन एण्ड इन्फ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड।  
पूर्ववर्ती:- उ0प्र0 समाज कल्याण निर्माण निगम लिमिटेड।  
टी0सी0 46-V, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ।
2. (क) मृतक सदस्य का पूरा नाम --  
(ख) जन्म तिथि --  
(ग) सेवा में आने की तिथि --  
(घ) प्राविडेंड फंड में शामिल होने की तिथि --  
(ङ) प्राविडेंड फंड खाता संख्या -- U.P./0007486000/  
(च) योजना में शामिल होने की तिथि --  
(छ) सदस्य के निधन की तिथि --  
(प्रमाण पत्र संलग्न करें)  
(ज) सदस्य की मृत्यु का कारण --
3. (क) नामांकित व्यक्ति का नाम और पता उत्तराधिकारी जिसे दावा का भुगतान होना है  
(ख) यदि नामांकित व्यक्ति अल्पवयस्क है तो संरक्षक का नाम और पता  
(ग) दावेदार ने जिस बैंक या डाकखाने में खाता खोला है उसका नाम व पूरा पता  
(घ) खाता संख्या
- नोट- दावे का भुगतान प्राप्त करने वाले व्यक्ति/उत्तराधिकारी यदि एक से अधिक हो तो उनके हिस्से का ब्यौरा दें और यदि उनका अलग कोई बैंक खाता हो तो उसका भी विवरण दें।

हम यह घोषणा करते हैं कि प्रश्न के उत्तर सही दिये गये हैं और उपर्युक्त कर्मचारी सामूहिक बचत योजना के सदस्य थे।

हम निगम से यह निवेदन करते हैं कि दावे की राशि दावेदार के उपर्युक्त बचन खाते में जमा कर दें।

स्थान.....

तिथि.....

मास्टर पालिसी धारक के हस्ताक्षर

**दावे के भुगतान का प्रार्थना पत्र**  
**ई0डी0एल0आई0 योजना- OYRGTA-1/20774166**

**प्रबन्ध निदेशक**  
(सेवायोजक का नाम)

यू0पी0 स्टेट कन्सट्रक्शन एण्ड इन्फ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड, लखनऊ।  
पूर्ववर्ती:- उ0प्र0 समाज कल्याण निर्माण निगम लिमिटेड, लखनऊ।  
टी0सी0 46-V, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ।

मैं मृतक कर्मचारी द्वारा नामांकित/अल्प व्यस्क का संरक्षक/विधि सम्मत उत्तराधिकारी होने के कारण इम्प्लाइड डिपॉजिट लिंकड इन्श्योरेंस स्कीम 1976 के बदले में चालू की गयी सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत देय हित लाभों के लिए आवेदन करता हूँ। आवश्यक विवरण निम्नवत् है:-

1. मृतक कर्मचारी का पूरा नाम
2. नामांकित व्यक्ति/वैधानिक उत्तराधिकारियों का नाम व पता
3. यदि नामांकित व्यक्ति अल्पवयस्क है तो संरक्षक का नाम व पता दें
4. जिस बैंक में मेरा बचत खाता है उसका नाम व पूरा पता
5. खाता संख्या-

मैं मृतक कर्मचारी के सम्बन्ध में मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल प्रति संलग्न कर रहा हूँ और निवेदन करता हूँ कि दावे की भुगतान राशि मेरे उपर्युक्त उल्लिखित खाते में जमा कर दी जाये। मैं क्षतिपूर्ति बांड भी यथोचित रूप से निष्पन्न करके संलग्न कर रहा हूँ।

लखनऊ :

तिथि :

हस्ताक्षर :

(नामांकित व्यक्ति/अल्पवयस्क के संरक्षक/विधि सम्मत  
उत्तराधिकारी के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

पूरा नाम : यू0पी0 स्टेट कन्सट्रक्शन एण्ड इन्फ्रास्ट्रक्चर डेवलपमेन्ट कॉरपोरेशन लिमिटेड,  
पूर्ववर्ती:- उ0प्र0 समाज कल्याण निर्माण निगम लि0।

पता : टी0सी0 46-V, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ।

जो लागू न हो उसे काट दें।

1 रू0 का  
रसीदी  
टिकट

**P & GS MANDATE**  
**ELECTRONIC MODE APPLICATION FORM**

The Manager (Admn.)  
LIC of India,  
P & GS Unit,  
"Jeevan Prakash", Divisional Office,  
30, Hazaratganj,  
Lucknow.

Sub: Mandate for Electronic Mode

Sir,

I/We give below the details required for payment through Electronic Mode. (Please ✓ appropriate item)

- (1) Master Policy No. / Annuity No. \_\_\_\_\_
- (2) Name of the Master Policy holder /Annuitant : \_\_\_\_\_
- (3) Bank Name : \_\_\_\_\_
- (4) Bank Address : \_\_\_\_\_
- (5) Account Type : Savings/Current/Cash Credit \_\_\_\_\_
- (6) Account No. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- (7) IFS Code of the Bank 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- (8) MICR Code of the Bank 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- (9) Contact Mobile No. 

+	9	1													
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- (10) E-Mail Id : \_\_\_\_\_

Kindly transfer amount due under the above Master Policy / Annuity.

The following documents are enclosed as required. (Please ✓ appropriate item)

- A. Cancelled cheque leaf
- B. Photo copy of the first page of Bank pass book containing details
- (If cheque is not having the name of account holder)

Signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

- 1) Name & SR No. of the Person Entering the data : \_\_\_\_\_
- 2) Date of Entry : \_\_\_\_\_
- 3) Name & SR No. of the Person validating : \_\_\_\_\_
- 4) Date of Validation : \_\_\_\_\_
- 5) Mandate Number : \_\_\_\_\_