



उप-क्षेत्रीय कार्यालय, बैरकपुर
SUB-REGIONAL OFFICE, BARRACKPUR
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation
(विनियम 15-बी Regulation 15-B)

प्रपत्र - 1बी Form 1-B

परिवार घोषणा पत्र में परिवर्तन Changes in family declaration form

बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of the Insured person

बीमांक Insurance No.....

में घोषित करता हूँ कि जिन व्यक्ति/व्यक्तियों के विवरण नीचे दिये हुए हैं, अब मेरे परिवार के सदस्य हो गये हैं/नहीं हैं।

I declare that the person/persons whose particulars are given below has/have now become/ceased to be member(s) of my family.

क्रमांक Sl. No.	नाम Name	परिवर्तन की तिथि Date of Change	जन्म तिथि Date of Birth	बीमाकृत व्यक्ति के साथ संबंध Relationship with the Insured person	परिचय चिन्ह (नये प्रवेशकों के लिए) Identification Marks (for new entrans)	परिवर्तन की अभिव्यक्तियां Remarks for change

मेरा परिवार घोषणा पत्र के अनुसार ठीक करने की कृपा करें।

My family Declaration form may kindly be corrected accordingly.

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि उपर दिए गये विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है।

I hereby declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठा चिन्ह

Signature / Thumb Impression of the Insured person

प्रतिहस्ताक्षरित Countersigned.....

दिनांक Date.....

पदनाम Designation.....

दिनांक Date.....

नियोजक का नाम, पता और कूट संख्या.....

Name Address and Code No. of the Employer.....

टिप्पणी - कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम 1948 की धारा 2, खण्ड (2) के अनुसार 'परिवार' का अर्थ बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित पति/पत्नी और गैर दत्तक एवं वयस्क बच्चे तथा उस पर आश्रित माता-पिता से है।

Note - According to Section 2, Clause (II) of the Employees State Insurance Act, 1948 'Family' means the spouse and minor legitimate and adopted children dependant upon the Insured person and his dependant parents.