

परिशिष्ट-1

मोतीलाल नेहरु राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान इलाहाबाद-211004 के कर्मचारियों के लिए बचतमय सामूहिक बीमा योजना पालिसी संख्या- जी0आई0 कोड नंबर

क्लेम फार्म

कर्मचारी कोड नं0

1-(अ) कर्मचारी का नाम :

(ब) पिता का नाम :

2- पद :

3- नियुक्ति का स्थान व पता : एम0एन0एन0आई0टी0, इलाहाबाद

4- जन्म तिथि :

5-(अ) क्या कर्मचारी पालिसी की आरम्भ में था :

(ब) सेवा में कार्यभार (ज्वाइनिंग) ग्रहण करने की तिथि :

6- क्या कर्मचारी निर्गमन के समय सेवा में था :

7- निर्गमन का कारण (मृत्यु/सेवा निवृत्ति/तृणपत्र सेवा समाप्त यदि मृत्यु हो) :

8- सेवा में निर्गमन का दिनांक :

9- मृत्यु की स्थिति में : लाभग्राही का नाम पता :

सम्बन्ध :

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि उक्त विवरण मेरी जानकारी एवम् विश्वास के अनुसार सही है।
अंकन रुपये जो उक्त योजना के अन्तर्गत देय व
मांग हुई, पूर्ण सन्तोष सहित प्राप्त किये

दिनांक:

स्थांन: इलाहाबाद

गवाह:

एक रुपये का रसीदी टिकट
कर्मचारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी व
विश्वास के अनुसार सही है।

नाम :

पता :