

मोबाइल सं./ Mobile Number

9916324908

(केवल कार्यालय के प्रयोगार्थ) / For Office Use Only

दावा संख्या / Claim I.D.

निकासी परिलाम/योजना प्रमाणपत्र के दावे हेतु प्रयोग किया जाने वाला प्रपत्र 10 सी
FORM 10C FOR CLAIMING WITHDRAWAL BENEFIT/SCHEME CERTIFICATE

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 EMPLOYEES' PENSION SCHEME, 1995

प्रपत्र भरने से पहले निर्देशों को पढ़ें / (Read the instructions before filing up this form)

यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है। WITHDRAWAL BENEFIT IS NOT ADMISSIBLE IF MEMBERSHIP IS LESS THAN 180 DAYS EXCLUDING NON CONTRIBUTING PERIOD

1. (क) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Name of the Member (In Block Letters): SANDESH S.
(ख) दावेदार का नाम
Name of the claimant (s): SANDESH S.

2. जन्मतिथि / Date of Birth (dd/mm/yyyy) 11/11/1988

3. पिता का नाम / Father's Name SRIRAM. C.V.
पति का नाम Husband's Name (If applicable) INKNOWTECH PVT LTD, #A-306, BLOCK-III, KSSIDC, COMPLEX ELECTRONIC CITY BANGALORE-560000.

4. स्थापना का नाम व पता जिसमें सदस्य अंत में नियोजित था। /
Name & Address of the
Establishment in which,
the member was last employed

5. कोड सं. तथा खाता सं. क्षेत्र / का कोड स्थापना की कोड सं. खाता सं.
Code No. & Account No. Region/Off Code Estt. Code No. A/c No.
036001542096

5A) कार्यारंभ तिथि / Date of Joining the Estt. 05-11-2013.

6. सेवा छोड़ने का कारण तथा
Reason for leaving service &
Date of Leaving

7. पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)
Full Address (In Block Letters) GOT BETTER OPPURTUNITY. DATE: 24-02-2017.
#1743, 6TH MAIN, D-BLOCK, 2ND STAGE, RAJASINAGAR,
BANGALORE - 560010.

श्री / श्रीमती / कुमारी / Sh. / Smt. / Km. SANDESH S.

पुत्र / पत्नी / पुत्री / S/o, W/o, D/o. SRIRAM. C.V. पता / Adress SAME AS

FULL ADDRESS. पिन/PIN 560010.

Sandesh S
सदस्य के हस्ताक्षर अथवा बाएं/दाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or Left / Right hand thumb impression of the member

नियोक्ता के हस्ताक्षर / Employer's Signature

8. क्या आप निकासी परिलाम के स्थान पर योजना प्रमाणपत्र स्वीकार करने के लिए तैयार हैं।
Are you willing to accept Scheme Certificate in lieu of withdrawal benefits
यदि सदस्यता 180 दिन (गैर अंशदायी सेवा को छोड़ कर), से कम की है तो प्रत्याहरण लाभ देय नहीं है।
Withdrawal benefit is not admissible if the membership is less than 180 days excluding non contributory period of service.

हाँ Yes

☐

नहीं No

☐

9. परिवार का विवरण (पति/पत्नी तथा बच्चे तथा नामिति)
Particulars of Family (Spouse & Children & Nominee)
(सिर्फ योजना प्रमाण पत्र के विकल्प के लिए/applicable only for Scheme Certificate option)

	नाम Name	जन्म तिथि Date of Birth	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member	नाबालिक के अविभाजक का नाम Name of the guardian of minor
--	-------------	----------------------------	--	--

(क) परिवार के सदस्य

(a) Family members

SRIRAM C.V. - FATHER

(ख) नामिति

(b) Nominee

10. बिना दावा दिए 58 वर्ष की आयु प्राप्त करने के बाद सदस्य की मृत्यु होने पर :-
In case of death of members after attaining the age of 58 years without filling the claim:-

(क) सदस्य की मृत्यु की तिथि/Date of death of the member

(ख) दावेदारों के नाम/तथा सदस्य से उसका संबंध/Name of the Claimant(s)/and relationship with the member

11. धनप्रेषण का माध्यम (विकल्पित विधि के अनुसार संबंधित कोष्ठक में टिक करें)
Mode of remittance (put a tick in the box against the one opted)

(क) मद सं. 7 में दिए पते पर मेरी लागत पर डाक मनीआर्डर द्वारा

☐

By postal money order at my cost to the address given against item No.7:

(ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत खाता सं.(अनुसूचित बैंक/डाकघर) में रेखकित चेक/ इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से आदाता खाता सीधे भेजा जाए/ (b) By account payees cheque/ electronic mode sent Directly for credit to my S.B. A/C (Scheduled Bank /P.O.) under intimation to me. ☒

बचत बैंक खाता सं./S.B. Account No.

: 036001542096

बैंक का नाम (स्पष्ट अक्षरों में/ Name of the Bank (In Block Letters) :

SANDESH S.

शाखा (स्पष्ट अक्षरों में)/ Branch (In Block Letters)

: ICICI BANK/ELECTRONIC CITY.

आई.एफ.एस. कोड/ IFS Code

: ICICI0000360

शाखा का पूरा पता (स्पष्ट अक्षरों में)/Full address of the Branch (In Block Letters) :

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

12. क्या आप क.पें. यो. 95 के तहत पेंशन प्राप्त कर रहे हैं ?
Are you availing pension under EPS-95 ?

हाँ/Yes

☐

नहीं/No

☐

यदि हाँ, तो इंगित करें

पी.पी.ओ. सं.

किसके द्वारा जारी

If yes, indicate

PPO No.....

By whom issued.....

प्रमाणित किया जाता है कि विवरण में अधिकतम ज्ञान के अनुसार सत्य है/ Certified that the particulars are true to the best of my knowledge

दिनांक

Date

05-11-2017

Sandesh S.

सदस्य/दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएं हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or left Hand Thumb impression of the Member/Claimant

नियोक्ता के हस्ताक्षर /Employer's Signature