

नियम - सीएसएल - 1

RULES - CSLI

फार्म - IV

FORM - IV

**हिताधिकारी की नियुक्ति का फार्म**  
**FORM OF APPOINTMENT OF BENEFICIARY**

मैं ..... भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद के समूह  
बचत लिंकड बीमा योजना का एक बीमाकृत सदस्य एतद्वारा मेरे  
(नातेदार) ..... (नाम) जिसका पता

..... है तो उक्त शासित योजना के  
नियमों के तहत लाभार्थी के रूप में नियम सं. 13 शीर्षक की मदों में नियुक्ति करता हूँ जिन्हें इस उद्देश्य के लिए  
परिवार का तात्पर्य सीसीएस (पेंशन) नियमावली, 1972 के नियम 54 के उप-नियम-(14) के खंड (ख) में  
परिभाषित परिवार से है।

मेरी मृत्यु हो जाने के उपरांत यथा जिन हिताधिकारियों को इस योजना के नियमों के तहत राशि का भुगतान  
देय होगा।

नोट: पत्नी और पति क्रमशः कानूनी तौर पर अलग हुए पत्नी और पति शामिल है।

.....दिनांक..... को हस्ताक्षर किया गया।

I, -----an Insured member of the Indian Council of  
Medical Research Group Saving Linked Insurance Scheme hereby appoint in terms of Rule  
No.13 headed Appointment of beneficiary of the rules governing the scheme my  
(relationship)-----named-----and whose address is.

As the persons to be beneficiary to whom the moneys payable in terms of the Rules  
of the Scheme shall be paid in the event of my death.

Signed at -----this ----- day of-----

बीमित सदस्य के हस्ताक्षर  
Signature of Insured Member

**गवाह:-**

**Witnessed by:-**

1.
  - i) हस्ताक्षर/Signature -----
  - ii) नाम/Name -----
  - iii) पता/ Address -----
  
2.
  - i) हस्ताक्षर/Signature -----
  - ii) नाम/Name -----
  - iii) पता/ Address -----