

**MAHARASHTRA STATE ELECTRICITY BOARD'S
CONTRIBUTORY PROVIDENT FUND TRUST.**

Phone No. -
022 - 24090546
022 - 24090770
022 - 24092531



Estrella Batteries Expansion Bldg.,
Ground Floor, Dharavi Road,
Matunga, Mumbai 400 019.

Fax No. 022 - 24093110
Email: cpfmseb.2011@gmail.com
Website: www.mahadiscom.in

No. AD/PF/GTAS/310

Date: 29 MAR 2014

DEPARTMENTAL CIRCULAR NO.189

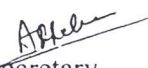
Sub: - The handover of EDLI Scheme, 1976 of EPF & MP Act, 1952 from
1st April, 2014 to RPFC, Bandra from LIC of India.

The management of four companies i.e. MSPGCL, MSETCL, MSEDCL & MSEBHCL has decided that the Employee Deposit Linked Insurance Scheme, 1976 (EDLI) under Section 17 (2A) of EPF & MP Act, 1952 provided by LIC of India, known as Group Term Assurance Scheme (GTAS) will be handed over to Regional Provident Fund Commissioner, Bandra (RPFC) from 1st April, 2014. Henceforth EDLI claims will be settled by RPFC, Bandra.

All officers & employees should make note to send the pending/outstanding claims for any reasons urgently to this office, as the claims in which event of death occur on or before 31st March 2014 will be considered & settled at LIC of India under GTAS. Such claims may still be filled up in old GTAS Form. Information regarding pending claims upto 31st March 2014 shall be sent to this office and inform the same to LIC of India by 30th April 2014.

Further claim in which event of death occur after 31st March, 2014, Form No 5 (IF) (copy of Form is available on www.mahadiscom.in) is to be filled by claimant and forward the same to CPF office, Dharavi for onward transmission to RPFC, Bandra.

The contents of this circular may please be brought to the notice of all the concerned.


Secretary.

to the Board of Trustees,
of MSEB CPF Trust, Mumbai.

APPLICANT'S MOBILE NO. _____



TELEPHONE NO.

EMPLOYERS'

EMPLOYEES

CLAIMANTS

P. R. O.

GRIEVANCES

26470001/2/3/4/5/6

2647 00 07

2647 61 29

कर्मचारी भविष्य निधि संघटना

कर्मचारी अनुबद्ध ठेव बीमा योजना १९७६

कर्मचारी भविष्य निधि संगठन

कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा स्कीम 1976

EMPLOYEES' PROVIDENT FUND ORGANISATION

THE EMPLOYEES' DEPOSIT LINKED INSURANCE SCHEME, 1976

(प्रत्येक अर्जदाराने वेगळा अर्ज भरावा. जर अर्जदार अज्ञान असेल तर त्यांच्या पालकाने भरावा. अर्जदार एकापेक्षा जास्त असतील तर त्यांच्यातर्फे त्यांच्या पालकाने भरावा.)

(प्रत्येक दावेदार द्वारा अलग से भरा जाना है । दावेदार के अवयस्क होने की अवस्था में उस के संरक्षक द्वारा भरा जाना चाहिए । जहां अवयस्क एक से अधिक है तो संरक्षक को उन की ओर से क्लेम करना चाहिए ।)

(To be filled up separately by each claimant. In case the claimant is minor it should be filled up by the Guardian on his / her behalf. Where there are more than one minor the guardian should claim in one Form on their behalf.)

१. मृत सदस्याविषयी माहिती :-

1. मृतक सदस्य का ब्यौरा :-

1. PARTICULARS OF THE DECEASED MEMBER :-

- (i) नांव - _____
 नाम - _____
 Name - _____
- (ii) वडिलांचे नांव किंवा (विवाहित स्त्रीच्या बाबतीत पतिचे नांव) _____
 पिता का नाम अथवा विवाहित स्त्री के मामले में पति का नाम _____
 Father's Name (or Husband's Name _____
 in case of married women) _____
- (iii) मृत्युची तारीख _____
 मृत्यु की तिथि _____
 Date of death _____
- (iv) संस्था जिथे सदस्य शेवटी नोकरीला होता. _____
 फॅक्टरी/स्थापना का नाम जिस में अंतिम रूप से कार्यरत था। _____
 Last employed in (Name of factory / establishment) _____
- (v) भविष्य निधि व विमा निधि खाते क्रमांक _____
 कोड संख्या और भ. नि. में खाता संख्या _____
 Code No. & Account No. in P. F. _____

अर्जदाराविषयी माहिती / दावेदार का ब्यौरा / Details of the Claimant

अर्जदाराचे / पालकाचे नांव दावेदार / संरक्षक का नाम Name of the claimant / Guardian	वय व जन्म वर्ष आयु एवं जन्म का वर्ष Age or Year of birth	मृत व्यक्तीचा नाते मृतक व्यक्तीचे सम्बन्ध Relationship with the Deceased of minor nominee / heir	अर्जदार अज्ञान नामांककरी / कार्यक्षीर वारसाचा पालक असल्यास पालकाचे अज्ञान व्यक्तीची नाते, यदि दावेदार अवयस्क नामित / प्रत्यक्षिकारी का संयत्क है, अवयस्क व्यक्ति का संयत्क हो सम्बन्ध If the claimant is a guardian Relationship of the guardian with minor	अज्ञान व्यक्तीचे नांव अवयस्क का नाम Name of the Minor

3. अर्जदाराचा / पालकाचा पत्र व्यवहारासाठी
पूर्ण पत्ता (ठळक अक्षरात)
दावेदार / संरक्षक से पत्रव्यवहार का पूरा पता
Full Postal address of the claimant / Guardian
(IN BLOCK LETTERS)

4. पैसे कसे पाठवावे
भुगतान की विधि
MODE OF REMITTANCE

- (क) माझ्या खर्चाने मनीऑर्डरने पाठवावे
(क) मेरे खर्चे में मनीऑर्डर द्वारा
(a) By Postal Money Order at my cost

(ख) रकम धनादेशाद्वारे
बचत बँक खात्यावर (राष्ट्रीयकृत बँक / सहकारी बँक /
पोस्ट ऑफिस) पाठवावी व तसे मला कळवावे.
(पोच पावली आगाऊ जोडलेली आहे.)

- (ख) मुझे सूचित करते हुए मेरे बचत बैंक खाता संख्या
(अनुसूचित बैंक / सहकारी बैंक / डाकघर) में जमा
हेतु रेखांकित चेक सीधे भेजा करे ।
(अग्रिम प्राप्ति रसीद नीचे दी गई है ।)
(b) By account payee cheque to be sent direct for to Bank
for credit to my S. B. A/c (Scheduled Bank /
Co. op.) Bank / P. O.) under intimation too me
(Advance stamped Receipt furnished below)

खालील पैंकी ज्या पध्दतीने पैसे पाठवावयचे असतील त्या
ठिकाणी कंसात (4) अशी खूण करावी.
वांछित किसी एक तरीके पर कोष्ठक में (4) लगाए ।
[4] Put a 'tic' in the box against the one opted.

[] रकाना नं ७ मध्ये व दिलेल्या पत्त्यावर
[] मद सं. 7 के सामने दिये गये पते पर
[] to the address given against item No.7

[] बँक खाते क्रमांक
[] बँक खाता संख्या
[] Bank Account No.

बँकेचे संपूर्ण नाव, शाखा व पूर्ण पत्ता
बँक का नाम एवं शाखा का पूरा पता
Name of the Bank, Branch & Address

MICR Code

(ग) अदाता परीच्या नांवावर जमा करून रकमेचा पूर्ण किंवा आंशिक भाग एखाद्या राष्ट्रीयकृत बँकेत मुदत ठेवीत गुंतवावा :

बँक खाते क्रमांक _____
बँक खाते क्रमांक _____
Saving Bank A/c. No. _____

आदाता के नाम जमा कर के राशि का पूरा अथवा आंशिक भाग किसी राष्ट्रीयकृत बैंक वार्षिक सार्वधि जमा स्कीम के रूप में

(c) By deposit in payee's name the whole or part of the amount in the form of annuity term deposit Scheme in any nationalise Bank

बँकेचे नांव व पत्ता _____
बँक का नाम एवं पता _____

(घ) संस्थेच्या मालकाद्वारे नियोक्ता के माध्यम से

IFSC

Name & address of the Bank _____
MICR Code _____

(d) Through the employer :

दिनांक :
Date

अर्जदाराची सही / अंगठ्याचा ठसा
दावेदार के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान
Signature or thumb impression of Applicant

पूर्व रवीकृत रेव्हेन्यू तिकिट लावलेली पावती
टिकट लगी अग्रिम रसीद
ADVANCE STAMPED RECEIPT

अनुबध्द ठेव विमा योजनेच्या लाभारंजाच्या रुपाने क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त / प्रभावी अधिकारी उप क्षेत्रीय कार्यालय _____
राजकडून रु. _____ (रूपये _____) मिळाले.

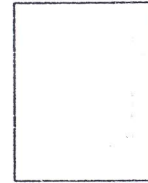
क्षे. भ. नि. आ. / प्रभारी अधिकारी उप क्षेत्रीय कार्यालय _____

से रूपये _____ की राशि क. नि. सहबध्द बीमा लाभ के रूप में प्राप्त हुई !
Receive a sum of Rs. _____ (Rupees _____)

from Regional Provident Fund Commissioner / Officer - in - charge of Sub - Regional Office towards the Employees Deposit Insurance benefit.

दिनांक :
Date

रु. १ चे रेव्हेन्यू तिकिट लावा
रु. 1 का राजस्व तिकिट चिपकाये
Affix Revenue Stamp of Rs. 1



रिकाम्या जागा भविष्य निधि आयुक्त,
प्रभारी अधिकारी, उप क्षेत्रीय कार्यालय, महाराष्ट्र
कार्यालयाने भरण्यासाठी सोडाव्या.

स्थान खाली छोडा जाऊ नये म्हणून प्र. भ. नि. आ. /
प्रभारी अधिकारी, उप क्षेत्रीय कार्यालय कडून प्राप्त करावे.

The space should be left blank which shall be filled
in by Regional Provident Fund Commissioner /
Officer - in - charge of Sub - Regional Office

अर्जदाराची सही किंवा डाव्या / उजव्या
हाताच्या अंगठ्याचा ठसा
दावेदार के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान
Signature / thumb impression
of the claimant

दाखला देण्यात येतो कि, अर्जदाराने माझ्या समक्ष सही केली / अंगठ्याचा ठसा लावला आणि दिली गेलेली माहिती खरी आहे प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार ने मेरे समक्ष हस्ताक्षर किए / अंगूठे का निशान लगाया और दिया गया निवरण मेरी जानकारी के अनुसार ठीक है ।

Certified that the claimant Signed / thumb impressed before me and the particulars as furnished are true to the best of my knowledge.

2. दाखला देण्यात येतो कि, सदस्याचा मृत्यु _____ तारखेला नोकरीत असताना झाला. प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य की मृत्यु जब वे सर्व्हिस में थे _____ को हुई ।

Certified that the member died on _____ While in Service.

3. दाखला देण्यात येतो कि, मृत कर्मचारी स्वर्गीय श्री. / श्रीमती / कुमारी _____

खाते क्रमांक _____ चे भविष्य निधी रकमेचे पैसे श्री / श्रीमती / कुमारीला दिले गेले.

प्रमाणित किया जाता है कि, मृतक सदस्य श्री / श्रीमती / कुमारी _____

खाता संख्या _____ की भविष्य निधि राशि की अदायगी श्री/श्रीमती/कुमारी _____

_____ को कर दी गई ।

Certified that the Provident Fund accumulations of the deceased employee late Shri / Smt. / Kumari _____

A/c. No. _____ were paid to Shri / Smt. / Kumari _____

(i)

(ii)

(iii)

(भविष्य निधि अधिनियम माफ असलेल्या संस्थांच्या मालकाने मृत कर्मचाऱ्याच्या नामांकनाची एक नक्कल पाठवावी.)

(छूट प्राप्त स्थापनाओं के नियोक्ता मृतक के नामांकन की सत्यापित प्रति भेजेंगे)

(The employer of exempted establishment shall sent an attested copy of the nomination of the deceased employee)

महिन्याच्या अखेरीस सदस्याच्या खात्यात जमा असलेली रक्कम

सदस्याच्या मृत्यूच्या १२ महिने अगोदर

माह के अन्त में भविष्य निधि का शेष

सदस्य की मृत्यु के तत्काल पूर्व 12 माह

Balance in Provident Fund at end of the month

preceding the 12 months immediately preceding the death of member :

महिना माह Month (1)	अंशदानाचे दोन्ही भाग अंशदान के दोनों भाग Both share of contributions (2)	काढलेल्या रकमेची परत फेड प्रत्याहरण की वापसी Refund of Withdrawal (3)	व्याज व्याज Interest (4)	काढलेली रक्कम प्रत्याहरण withdrawal (5)	उत्तरोत्तर बाकी आगामी शेष Progressive Balance (6)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

महिन्याची एकूण रक्कम
महिन्यां का कुल / Total of 12 months

₹. / Rs. _____

भविष्य निर्धाची शिल्लक रक्कम
भविष्य निधि बकाया / Provident Fund Balance

₹. / Rs. _____

सरासरी शिल्लक रक्कम
औसत बकाया / Average Balance

संलग्न :-
अनुलग्नक / Encls :-
दिनांक / Date :-

मालकाची सही / नियुक्त अधिकार्याची सही
नियोक्ता / अथवा किसी अन्य प्राधिकृत अधिकारी से हस्ताक्षर
Signature of the employer / or any authorised Official
(नांव, हुद्दा व कार्यालयाचा शिक्का)
(कार्यालय सील के साथ नाम और पदनाम)
(Name & Designation With Official Seal)

- * अनावश्यक मजकूर खोडा
- * यदि लागू नहीं है तो काटें ।
- * Delete if not applicable.

वि. सू. 1) सदस्य जर १ - ३- ९० पूर्वी निधन पावला असेल तर वरील नियमाप्रमाणे ३६ महिन्याची सरासरी शिल्लक काढून तो कागद ह्या फॉर्म सोबत जोडावा.
यदि सदस्य की मृत्यु १ -३- ९० से पहले होती है तो उपरोक्त फार्म में अलग शीट पर ३६ माह का औसत बकाया निकाला जाना चाहिए, जिसे संलग्न किया जाएगा ।

N.B. 1) In case the death of the member accrued before 1 - 3 - 90 the average balance of 36 months should be worked out in the above form on a separate sheet which should be enclosed.
2) भविष्य निधि अधिनियम माफ नसलेल्या संस्थाच्या मालकाने फक्त खाना २ आणि ३ भरावेत व भविष्य निधी अधिनियम माफ असलेल्या संस्थाच्या मालकाने सर्व खाने भरणे पाहिजेत.
न छूट प्राप्त स्थापनाओं के नियोक्ताओं को केवल कालम २ और ३ भरने चाहिए और छूट प्राप्त स्थापनाओं के नियोक्ताओं को नियत आधार पर सभी कालम भरने चाहिए ।

The employer of unexempted estts. should fill in the columns 2 & 3 only and the employer of exempted estts. should fill in all the columns on due basis.

3) भविष्य निधी अधिनियम माफ असलेल्या संस्थाच्या मालकाने खात्री करून घ्यावी कि, ह्या फार्म मधील २ ते ६ नंबरच्या खान्यातील तसेच इतर खान्यातील भरलेली माहिती खरी आहे. असत्य अथवा चुकीच्या माहितीमुळे जास्त रक्कम आदा केली गेल्यास मालकाकडून वसूल केली जाईल.

छूट प्राप्त स्थापनाओं के नियोक्ता सुनिश्चित करें कि, उपर कालम २ से ६ में दी गयी सूचना और इस फार्म में दिये गये अन्य विवरण सही हैं यदि फार्म में दी गई किसी अशुद्ध या गलत सूचना के कारण अधिक भुगतान हो जाता है तो उसकी वसूली नियोक्ता से की जायेगी ।

The employer of exempted estts. should ensure that the information furnished under columns 2 - 6 above are also other particulars given in this application form are correct. In case of any excess payment resulting on account of any error or mistake in the information furnished in this application form the same will be recovered from the employer.

(आयुक्त के कार्यालय प्रयोग हेतु)
(FOR THE USE OF COMMISSIONERS'S OFFICE)

एफ. २१ - ए / ९ (संशोधित) । (आई. एफ) प्रत्याह्वण रजिस्टर में प्रविष्ट
Entered in F - 21 - A / 9 (revised) / (IF) Withdrawal Register.

क्लर्क
Clerk

अनुभाग पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर
Section Supervisor

रुपये Under Rs. _____ से कम
पी. आई संख्या P. L. No. _____ ग्याता संख्या Account No. _____
विभाग / अनुभाग Section _____
रु. की अदायगी के लिए पास (रुपये)
और श्री / श्रीमती / कुमारी _____ से सम्बन्धित राशि _____
बैंक में प्रेषित किया जाय ।
Passed to Payment of Rs. _____ (Rupees _____
_____) and the amount may be remitted.* _____ in respect of
Shri / Smt. / Kumari _____
maintained at _____ (Bank) _____

* यह स्थान इस फार्म के कालम 4 के अनुसार
भरा जाना चाहिए ।

* This is space should be filled in as per
Sl. No. 4 of this form

स. ले. अधिकारी
Assistant Accounts Officer /
लेखाधिकारी / Assistant Officer
सहाय्यक आयुक्त / Assistant Commissioner
दिनांक / Date

चैक संख्या _____ में शामिल कर अदायगी द्वारा ।
Paid by inclusion in cheque No. _____

रोकडिया
Cashier

अनुभाग पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर
Section Supervisor

म. भ. नि. आ. / क्षेत्र. भ. नि. आ.
A. P. F. C. / R. P. F. C.