

एन.आर. डॉजियर / NR. DOSSIER / ASIANUMERO

भारत गणराज्य एवं फिनलैंड गणराज्य के मध्य सामाजिक सुरक्षा करारनामा
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
BETWEEN THE REPUBLIC OF INDIA AND AND THE REPUBLIC OF FINLAND
INTIAN TASAVALLAN JA SUOMEN TASAVALLAN VÄLINEN SOSIAALITURVASOPIMUS

भारत में सेवानिवृत्ति अथवा उत्तरजीवी अथवा संपूर्ण अशक्तता पेंशन हेतु आवेदन
APPLICATION FOR AN INDIAN RETIREMENT OR SURVIVOR OR
TOTAL PERMANENT DISABILITY PENSION
INTIAN VANHUUSELÄKETTÄ, PERHE-ELÄKETTÄ TAI PYSYVÄÄ TÄYTTÄ
TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS

(F-10D)

(1) पेंशन का दावा किसके द्वारा किया गया है? / By Whom the Pension is claimed / Hakija on

सदस्य / उत्तरजीवी / नामिति /
Member / Survivor / Nominee /
Vakuutettu Leski tai lapsi edunsaaja

(2) दावा की गई पेंशन का प्रकार / Type of Pension claimed / Haettava eläke

सेवानिवृत्ति पेंशन उत्तरजीवी पेंशन अशक्तता पेंशन
Retirement Pension Survivor Pension Disability Pension
Vanhuuseläke Perhe-eläke Työkyvyttömyyseläke

(3) सदस्य का विवरण / Particulars of the member / Vakuutetun tiedot

(i) नाम / Name / Nimi

प्रथम नाम / First Name / Etunimi	
मध्य नाम / Middle Name / Muut nimet	
उपनाम / Surname / Sukunimi	

(ii) पिता / पति का नाम / Father's / Husband's Name / Isän/aviomiehen nimi

प्रथम नाम / First Name / Etunimi	
मध्य नाम / Middle Name / Muut nimet	
उपनाम / Surname / Sukunimi	

(iii) लिंग / Gender /
Sukupuoli

पुरुष / Male / महिला / Female /
Mies Nainen

(iv) जन्म तिथि / Date of Birth / Syntymäaika

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(दिनDD/माहMM/वर्षYYYY
PP / KK / VVVV)

(v) आयु / Age / Ikä:

(vi) वैवाहिक स्थिति (विवाहित, अविवाहित, विधवा अथवा विधुर)

Marital Status (Whether married, unmarried, widow or widower)

Siviilisääty (Naimisissa, naimaton, leski)

विवाहित / Married / अविवाहित / Unmarried / विधवा / Widow विधुर / widower /
Naimisissa Naimaton / leski (nainen) leski (mies)

(4) पंजीकरण संख्या / Registration Number/ Vakuutusnumero:

भारतीय सामाजिक सुरक्षा संख्या / Indian Social Security Number /Intian vakuutusnumero

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

फिनिश जनसंख्या रजिस्टर संख्या / Finnish Population Register Number / Suomen henkilötunnus

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(5) भारत में उस स्थापना का नाम एवं पता जिसमें सदस्य अंतिम रूप से कार्यरत था

Name & Address of the establishment in which the member was last employed in India
Vakuutetun viimeisen työnantajan nimi ja osoite Intiassa

.....

..... डाक कोड / POSTAL CODE / POSTINUMERO

..... भारत /INDIA /INTIA

(6) नौकरी छोड़ने की तिथि / Date of leaving employment / Työsuhteen
päättymispäivämäärä

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(दिनDD/माह (MM/वर्षYYYY
PP / KK / VVVV)

(7) नौकरी छोड़ने का कारण / Reason for leaving employment / Työsuhteen päättymissyy

(8) पत्राचार का पता / Address for communication / Postiosoite

.....

.....डाक कोड/ POSTAL CODE / POSTINUMERO

(9) परिवार का विवरण / Particulars of Family/ Perheen tiedot:

क्र.सं. S.No. No.	नाम / Name / Nimi	जन्म तिथि Date of Birth Syntymäaika (दिन/माह /वर्ष) (DD/MM/YYYY PP / KK / VVVV)	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member Suhde vakuutettuun	अवयस्क के मामले में / In case of Minor Alaikäinen hakija	
				संरक्षक का नाम Guardian's Name Huoltajan nimi	संरक्षक का सदस्य के साथ संबंध Guardian's Relationship with Member Huoltajan suhde vakuutettuun
1					
2					
3					
4					
5					

नोट : यदि कोई बालक शारीरिक रूप से विकलांग हैं, तो कृपया नाम के नीचे अशक्त लिखें ।

Note: If any child is physically handicapped, please indicate "DISABLED" below the name.

(A) DOCTOR / MEDICAL BOARD (B) DEGREE OF DISABILITY

Huom: Vammaisen lapsen nimen alle merkitään "VAMMAINEN"

(A) LÄÄKÄRI TAI LÄÄKETIETEELLINEN LAUTAKUNTA (B) VAMMAN ASTE

(10) सदस्य की मृत्यु की तिथि (यदि लागू है) Date of death of Member (if applicable) Vakuutetun kuolinpäivämäärä
(tarvittaessa):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(दिन DD / माह (MM / वर्ष YYYY
PP/ KK/ VVVV)

(11) जिस बचत खाते में राशि जमा की जानी है, उसका विवरण

Details of Savings Bank Account to which the amount is to be credited
Pankin yhteystiedot eläkkeenmaksua varten

क्र. सं. Sl. No. Nro.	दावाकर्त्ता (ओं) का नाम Name of the Claimant(s) Hakijan nimi	बचत खाता संख्या Saving Bank Account No. Tilinumero	बैंक का नाम, कोड एवं पता Name of the Bank, Code and Address Pankin nimi, Swift-koodi ja osoite
1.			
2.			
3.			

(12) यदि नामिति द्वारा दावा प्राप्त किया जाना है तो उसका

If the claim is preferred by nominee, indicate his/her
Täytetään, jos hakija on nimetty edunsaaja

(i) नाम / Name / Nimi

प्रथम नाम / First Name / Etunimi	
मध्य नाम / Middle Name / Muut nimet	
उपनाम / Surname / Sukunimi	

(ii) मृतक सदस्य के साथ संबंध / Relationship with the deceased Member/ Suhde edunjättäjään:

.....

(13) (क) क्या दावाकर्त्ता पहले से ही क.पें.यो. 1995 के अंतर्गत पेंशन प्राप्त कर रहा / रही है? Is the claimant already drawing Pension under E.P.S., 1995? Saako vakuutettu jo eläkettä EPS 1995 -järjestelmästä?

हाँ/Yes
Kyllä

नहीं/No
Ei

(ख) यदि हाँ, तो उसका विवरण/If so, mention the details / Jos saa, eläkettä koskevat tiedot:

.....
.....

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मुझे यह भी ज्ञात है कि पेंशन की गलत राशि प्राप्त होने पर उसकी वसूली की जाएगी। पुनः, मैं कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अंतर्गत वांछित जानकारी को आवधिक रूप से कर्मचारी भविष्य निधि संगठन को अधिसूचित करने का वचन देता हूँ।

Certified that the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge. I also understand that pension amounts wrongly received will be recovered. Further, I undertake to notify the Employees' Provident Fund Organisation periodically of the information as required under the Employees' Pension Scheme, 1995

Vakuutan yllä antamani tiedot parhaan tietämykseni mukaan oikeiksi. Ymmärrän myös, että väärin perustein maksetut eläkkeet peritään takaisin. Sitoudun myös toimittamaan Employees' Provident Fund Organisationille aika ajoin vaadittavia tietoja, kuten työntekijäin eläkejärjestelmä EPS 1995 edellyttää.

स्थान / Place / Paikka:

दिनांक / Date / Päiväys:

हस्ताक्षर / Signature / Allekirjoitus:

14. फिनिश संपर्क निकाय द्वारा भरा जाये / To be filled in by the Finnish Liaison Body / Suomen yhteyselin täyttää.

नाम / Name/ Nimi:

पता / Address/ Osoite:
.....
.....
.....

एतद्वारा प्रमाणित किया जाता है कि दावाकर्त्ता से संबंधित व्यक्तिगत सूचना सही है तथा दावा निम्नलिखित दिनांक को जमा किया गया था ।

It is hereby certified that the personal information concerning the claimant is correct and that the claim was submitted on:
Vakuutamme, että hakijan henkilötiedot on tarkistettu ja että hakemus on vastaanotettu

□□ / □□ / □□□□
(दिन DD / माह MM / वर्ष YYYY
PP / KK / VVVV)

फाइल संख्या / File No. / Asianumero
.....

दिनांक / Date / Päiväys
.....

मोहर / Stamp /
Leima

हस्ताक्षर / Signature / Allekirjoitus