

રજીસ્ટ્રેશન નં. એ-૪૧૮

સ્થાપના : સંવત ૧૯૬૪ (વર્ષ ૧૯૦૮)

ફોન : ૨૨૪૨૮૭૯૨  
૬૬૩૮૦૩૫૧



# શ્રી ઘોઘારી દશા શ્રીમાળી જ્ઞાતિ, મુંબઈ.

મોદી હોલ, ૩૬, ફુલ ગલી, ભૂલેશ્વર, મુંબઈ-૪૦૦ ૦૦૨.

Email : ghogharignyati@hotmail.com Website : www.sgdgm.org

સંચાલિત

શ્રી કાંતિલાલ મોહનલાલ અજમેરા તથા શ્રીમતી મંગળાગૌરી કાંતિલાલ અજમેરા  
શ્રીમતી લીલાવતી માણેકલાલ ડેલીવાલા તથા શ્રીમતી રંજનબેન રશ્મિલાલ ડેલીવાલા

ફોર્મ નં.



ગ્રુપ મેડીકલેઈમ ઈન્સ્યુરન્સ યોજના

અરજી નં. \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_

૧) સભાસદનું પુરૂં નામ \_\_\_\_\_ ઉંમર વર્ષ \_\_\_\_\_ સભાસદ નં. \_\_\_\_\_

૨) સભાસદનું પુરૂં સરનામું \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ પીન કોડ નં. \_\_\_\_\_

ફોન નં. (ઘર) \_\_\_\_\_ (ઓફીસ) \_\_\_\_\_ મો. નંબર \_\_\_\_\_

૩) સભાસદનો વ્યવસાય/નોકરી \_\_\_\_\_

૪) વ્યવસાય/નોકરીનું સરનામું \_\_\_\_\_ માસીક આવક \_\_\_\_\_

૫) સભાસદના કુટુંબમાં કમાતી અન્ય વ્યક્તિના નામ તથા વ્યવસાય / નોકરીની સંપૂર્ણ વીગત

નામ	વ્યવસાય / નોકરીની વીગત / સરનામું	માસીક આવક

નિયમો :

- ૧) ફક્ત જ્ઞાતિના સભાસદ હશે તે જ અરજી કરી શકશે.
- ૨) અરજી પત્રક ગુજરાતી ભાષામાં જ ભરવાનું જરૂરી છે.
- ૩) અરજીપત્રકમાં માહિતિ અધુરી હશે તો ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહીં.
- ૪) અરજીપત્રક સાથે ઝેરોક્ષ કોપી આપવી ફરજિયાત છે. (૧) ઉંમરનું સર્ટીફિકેટ (૨) રેશન કાર્ડ (૩) રહેઠાણ-ભાડાની રસીદ (૪) ઇલેક્ટ્રીક બીલ (૫) ટેલીફોન બીલ (કોઈ પણ ત્રણ).
- ૫) અરજીકર્તાનો અન્ય મેડીકલેઈમ ઈન્સ્યુરન્સ છે હા/ના હોય તો કંપનીનું નામ \_\_\_\_\_ વીમાની રકમ \_\_\_\_\_ પ્રીમીયમ રૂ. \_\_\_\_\_
- ૬) ગ્રુપ મેડીકલેઈમ યોજનાનો લાભ લેવા ઈચ્છનારે વીમા કંપનીના નિયમ મુજબ જરૂર હોય ત્યા પોતે મેડીકલ ચેકઅપ સ્વખર્ચે કરાવવાનો રહેશે.
- ૭) અરજીકર્તાએ અરજીપત્રક સંપૂર્ણ ભરીને તેમને ઓળખતા કાર્યવાહક સમિતિના કોઈપણ એક સભ્યની ભલામણ સહી લીધા પછી જ ફોર્મ કાર્યાલયમાં આપવું. તે સિવાય ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહીં.

હું ખાત્રી પૂર્વક જણાવું છું કે ઉપર જણાવેલ હકીકત તદ્દન સત્ય છે.

અરજદારનું સંપૂર્ણ નામ \_\_\_\_\_

તા. \_\_\_\_\_

અરજદારની સહી

શ્રી \_\_\_\_\_ સભાસદ નં. \_\_\_\_\_ ફોર્મ નં. \_\_\_\_\_

ગ્રુપ મેડીકલેઈમ ઈન્સ્યુરન્સ યોજનાની અરજી મળેલ છે.

તા. \_\_\_\_\_

અરજી લેનારની સહી \_\_\_\_\_

નામ \_\_\_\_\_

પાછળ જુઓ

શ્રી \_\_\_\_\_ અમારે ત્યાં \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ વર્ષ થી નોકરીમાં છે. તેમનો માસિક પગાર રૂ. \_\_\_\_\_ છે.

કંપનીનું નામ : \_\_\_\_\_

કંપનીનું સરનામું : \_\_\_\_\_

ફોન નં. \_\_\_\_\_

(કંપનીના સિક્કા સહીત સહી)

ભલામણ કરનાર કાર્યવાહક સમિતિના સભાસદની સહી

હું અરજદાર શ્રી \_\_\_\_\_ સભાસદ નં. \_\_\_\_\_ ને

ઓળખું છું તેઓશ્રી આપણી જ્ઞાતિના સભાસદ છે. તેમણે જણાવેલ હકીકત સાચી છે.

ભલામણ કરનાર સભાસદનું સંપૂર્ણ નામ \_\_\_\_\_

સભાસદ નં. \_\_\_\_\_ સહી \_\_\_\_\_

તા. \_\_\_\_\_

શ્રી \_\_\_\_\_ સભાસદ નં. \_\_\_\_\_ ની

ચુપ મેડીકલેઈમ ઈન્સ્યુરન્સ યોજનાની અરજી મંજૂર કરવામાં આવી છે. વીમા પ્રીમીયમના રૂ. \_\_\_\_\_

મંજૂર કરવામાં આવ્યા છે.

મીટીંગ તા. \_\_\_\_\_

સહી

તા. \_\_\_\_\_

કન્વીનર / સહ-કન્વીનર

(નામ \_\_\_\_\_ )