



SHREE KUTCH VISA
SHRIMALI OSWAL GURJAR
JAIN GNATISAMAJ, MUMBAI
Public Trust Regn. No. A-2215 (B)

Air Conditioned Banquet Hall & Conference
Hall with Modern Facilities For Wedding / Parties

Sumati Gurjar Bhavan, 12/13 Swastik Park, Chembur, Mumbai - 400 071.
T : 2524 4704 • E : kvsomumbai@yahoo.co.in

ગ્રુપ મેડિકલેમ પોલીસી યોજના અરજી ફોર્મ

૧) અરજદારનું પુરુ નામ : _____

૨) ઘરનું પુરુ સરનામું : _____

ફોન નં. ઘર : _____ ઓફીસ : _____ મોબાઈલ : _____

૩) વ્યવસાય : ધંધો નોકરી SUM INSURED (વિમાની રકમ) : 1 LAKH

વ્યવસાયનું સરનામું : _____

૪) ફુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક : _____ કચ્છમાં મુળ ગામ : _____

૫) સંસ્થાનાં સભ્ય તરીકે નું નામ : _____ મેમ્બરશીપ નંબર : _____

૬) મેડિકલેમ યોજના માટેની વિગતો, આ વિગતો ઇંગ્લીશમાં કેપિટલ લેટરમાં લખવી.

Sr. No.	Full Name	Relation	Birth Date	Age	Yearly Income
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
				TOTAL	

સવિનય જણાવવાનું કે સંસ્થાની ગ્રુપ મેડિકલેમ પોલીસી યોજના માટે હું મારા ફુટુંબ વતી અરજી કરૂ છું. સંસ્થાના ગ્રુપ મેડિકલેમ પોલીસી યોજનાના હાલ ના નિયમો તેમજ હવે પછી જે નિયમો ઘડવામાં આવશે તે અમને બંધનકર્તા રહેશે. હું સોગંધ પૂર્વક જણાવું છું કે ઉપર મુજબ ની અરજી ફોર્મમાં જણાવેલ વિગત સત્ય છે.

- ખાસ નોંધ**
- જે ફુટુંબના બધા સભ્યોની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. ૨,૬૦,૦૦૦ સુધી હશે તેવા જ સભ્યો આ સ્કીમમાં ભાગ લઈ શકશે.
 - પ્રથમ અરજદાર ના આધાર કાર્ડની ઝેરોક્ષ, ૧ કેન્સલ કરેલો ચેક, અને લેટેસ્ટ (ડીસેમ્બર ૨૦૧૯ અથવા જાન્યુવારી ૨૦૨૦) ઇલેક્ટ્રીસીટી બીલની આગળ અને પાછળની ઝેરોક્ષ અરજી સાથે મોકલાવો.
 - આ સ્કીમ સમાજના નિયમને આધીન રહેશે તથા સમિતિનો નિર્ણય સર્વોપરિ રહેશે.

A/c. Holder Name _____ A/c. No. _____

Bank Name _____ Branch _____

અરજી કરનારની સહી _____ NEFT NO. _____ તારીખ _____

ફક્ત કાર્યાલય માટે, અરજી મળ્યાની તારીખ _____ સહી _____
ક્રમાંક નંબર _____ મંજુર <input type="checkbox"/> નામંજુર <input type="checkbox"/> સહી <input type="checkbox"/> રિમાર્ક _____



SHREE KUTCH VISA
SHRIMALI OSWAL GURJAR
JAIN GNATISAMAJ, MUMBAI
Public Trust Regn. No. A-2215 (B)

Air Conditioned Banquet Hall & Conference
Hall with Modern Facilities For Wedding / Parties

Sumati Gurjar Bhavan, 12/13 Swastik Park, Chembur, Mumbai - 400 071.
T : 2524 4704 • E : kvsomumbai@yahoo.co.in

ગ્રુપ મેડિકલેમ પોલીસી યોજના અરજી ફોર્મ

૧) અરજદારનું પુરુ નામ : _____

૨) ઘરનું પુરુ સરનામું : _____

ફોન નં. ઘર : _____ ઓફીસ : _____ મોબાઈલ : _____

૩) વ્યવસાય : ધંધો નોકરી સંસ્થાનો મેમ્બરશીપ નંબર :

SUM INSURED (વિમાની રકમ) : 1 LAKH

વ્યવસાયનું સરનામું : _____

૪) કુટુંબની કુલ વાર્ષિક આવક : _____ કચ્છમાં મુળ ગામ : _____

૫) સંસ્થાનાં સભ્ય તરીકે નું નામ : _____

૬) મેડિકલેમ યોજના માટેની વિગતો, આ વિગતો ઇંગ્લીશમાં કેપિટલ લેટરમાં લખવી.

Sr. No.	Full Name	Relation	Birth Date	Age	Yearly Income
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
				TOTAL	

સવિનય જણાવવાનું કે સંસ્થાની ગ્રુપ મેડિકલેમ પોલીસી યોજના માટે હું મારા કુટુંબ વતી અરજી કરૂ છું. સંસ્થાના ગ્રુપ મેડિકલેમ પોલીસી યોજનાના હાલ ના નિયમો તેમજ હવે પછી જે નિયમો ઘડવામાં આવશે તે અમને બંધનકર્તા રહેશે. હું સોગંધ પૂર્વક જણાવું છું કે ઉપર મુજબ ની અરજી ફોર્મમાં જણાવેલ વિગત સત્ય છે.

ખાસ નોંધ

૧. જે કુટુંબના બધા સભ્યોની કુલ વાર્ષિક આવક રૂ. ૨,૬૦,૦૦૦ સુધી હશે તેવા જ સભ્યો આ સ્કીમમાં ભાગ લઈ શકશે.

૨. પ્રથમ અરજદાર ના આધાર કાર્ડની ઝેરોક્ષ, ૧ કેન્સલ કરેલો ચેક, અને લેટેસ્ટ (ડીસેમ્બર ૨૦૧૯ અથવા જાન્યુવારી ૨૦૨૦) ઈલેક્ટ્રોનિક્સીટી બીલની આગળ અને પાછળની ઝેરોક્ષ અરજી સાથે મોકલાવો.

૩. આ સ્કીમ સમાજના નિયમને આધીન રહેશે તથા સમિતિનો નિર્ણય સર્વોપરિ રહેશે.

A/c. Holder Name _____ A/c. No. _____

Bank Name _____ Branch _____

અરજી કરનારની સહી _____ NEFT NO. _____ તારીખ _____

ફક્ત કાર્યાલય માટે, અરજી મળ્યાની તારીખ _____ સહી _____

ક્રમાંક નંબર _____ મંજૂર નામંજૂર સહી રિમાર્ક _____