



શ્રી પાટણ જૈન મંડળ

૭૭, પાટણ જૈન મંડળ માર્ગ, મરીન ડ્રાઈવ, મુંબઈ - ૪૦૦૦૨૦.

ફોન : ૨૨૮૧૧૩૪૬ / ૨૨૮૧૧૨૧૮

E-MAIL ID: patanmandal@gmail.com / WEBSITE: www.patanmandal.org

સમાજના આર્થિક જરૂરિયાતવાળા કુટુંબો માટે મેડીકલેઈમ પ્રિમીયમ પર વળતર મેળવવા માટેનું અરજીપત્રક
વ્યક્તિગત (Individual) મેડીકલેઈમ પોલીસી પ્રિમીયમ વળતર યોજના

પ્રેરક દાતા : શ્રી ભોગીલાલ યુનીલાલ ઝવેરી • સહયોગી દાતા : શ્રી દેવચંદભાઈ નાગરદાસ ઝવેરી (મુંબઈ)

ફેમીલી ફ્લોટર મેડીકલેઈમ પોલીસી પ્રિમીયમ વળતર યોજના

પ્રેરક દાતા : શ્રીમતી શારદાબેન બાબુભાઈ કાળીદાસ શાહ

MED-CLM	વર્ષ		ફેમીલી આઈડી નં / Family ID No
અરજદાર નું પુરું નામ / Name of Applicant			
કુટુંબના વડીલ નું નામ / Head Of The Family Name			
મહોલ્લો / Maholla			
Adhar Card No		PAN Card No	

માનદમંત્રી, મેડીકલ સમિતિ

શ્રી પાટણ જૈન મંડળ, ૭૭, પાટણ જૈન મંડળ માર્ગ, મરીન ડ્રાઈવ, મુંબઈ-૨૦

સુજ્ઞાત્રી,

મંડળ તરફથી સમાજના આર્થિક જરૂરિયાતવાળા કુટુંબીજનોને મેડીકલેઈમ પોલીસી સ્કીમ મુજબ, વ્યક્તિગત મેડીકલેઈમ પોલીસી કે ફેમીલી ફ્લોટર મેડીકલેઈમ પોલીસી માં ભરેલા પ્રિમીયમ પર વળતર રકમ આપવામાં આવે છે. સદરહુ યોજનામાં મેડીકલેઈમ ઉતારાવેલ મારા પરીવારના સભ્યો માટે આર્થિક લાભ મેળવવા હું અરજી કરું છું.

અરજીપત્રકમાં જણાવેલી વિગતો મેં સાચી અને સમજપૂર્વક લખેલ છે.

રહેઠાણનું સરનામું	ફોન : ઘર	
	ઓફીસ:	
	મોબાઈલ:	
અરજદાર અને તેમની સાથે રહેતી વ્યક્તિ ઓની વિગતધરના . કુલ સભ્યો	કમાતા સભ્યો	

ક્રમ	નામ	ઉંમર	અરજદાર સાથેનો સંબંધ	વાર્ષિક આવક	વિમાની રકમ	કુલ પ્રિમીયમ રકમ
૧						
૨						
૩						
૪						
૫						

કુલ કેટલી પોલીસી ઉતારાવેલ છે	
• ઇન્સ્યુરન્સ ફંડા. નું નામ	• બ્રાન્ચ નં
• પોલીસી નં	• ભરેલ પ્રિમીયમ કુલ રૂ
• પોલીસીની મુદત તા થી તા .સુધીની છે.	• મારી / અમારી આ નવી / રીન્યુઅલ પોલીસી છે.
• ગત વર્ષ દરમિયાન શ્રી નો રૂ	નો કલેઈમ મેળવેલ છે.
• ગત વર્ષ દરમિયાન શ્રી નો રૂ	નો કલેઈમ અંગે નિષ્ણય આવેલ નથી .

- નોંધ : ૧. ઇન્સ્યુરન્સ ફંડા. માં ભરેલ રકમની રસીદ તથા પોલીસીની ઝેરોક્ષ નકલ અરજીપત્રક સાથે મોકલવી જરૂરી છે.
૨. પ્રિમીયમ ભર્યાની તારીખ થી ચાર માસ સુધીમાં આ ફોર્મ ભરીને મંડળના કાર્યાલયમાં મોકલવું જરૂરી છે. ત્યારબાદ મળેલ અરજી સ્વીકાર્ય ગણાશે નહિ .
૩. આપના પરીવારના સભ્યની આ સિવાય અન્ય કોઈ મેડીકલેઈમ પોલીસી છે ? જો હોય તો વિગત મોકલવી જરૂરી છે.
૪. પરીવારના બધાજ સભ્યો આ યોજનાનો લાભ લઈ શકશે.
૫. ફોર્મમાંની વિગત પુરેપુરી લખવી જરૂરી છે. અધુરી વિગતોવાળા ફોર્મ પર ધ્યાન આપવામાં આવશે નહિ.
૬. મેં આ પોલીસી એજન્ટ શ્રી મારફતે ઉતારાવેલ છે, જેનો મોબાઈલ નં છે.

તારીખ		અરજદારની સહી	
:- બેન્ક ખાતાની વિગત :-			
ખાતેદારનું નામ		ખાતા નંબર	
બેન્કનું નામ		શાખાનું નામ	
ખાસ નોંધ : પાટણ બેન્ક, ગ્રેટર બેન્ક અથવા બેન્ક ઓફ બરોડામાંથી કોઈપણ એક બેન્કમાં ખાતું હોવું જરૂરી છે. (એક રદ કરેલ ચેક નમુના રૂપે અરજી સાથે જોડવો.)			
:- કાર્યાલય માટે :-			
• અરજી લેનારની સહી		• અરજી મળ્યા તારીખ	
• મિટીંગની તારીખ		• નિષ્ણય મંજૂર / નામંજૂર / વધુ તપાસ માટે મુલતવી.	
• મંજૂર રકમ		તારીખ	
માનદમંત્રી - મેડીકલ સમિતિ			