

# શ્રી મોડાસા એક્કડા વિશા ખડાયતા કોવાડીયા કેળવણી મંડળ, મોડાસા

સંચાલિત મધ્યમ વર્ગ મેડીકલેમ ગૃપ હેલ્થ ઈન્સોરન્સ ટ્રસ્ટ, મોડાસા

- ટ્રસ્ટના મુખ્ય દાતા : (૧) શ્રીમતી ભાનુમતીબેન હસમુખલાલ શાહ, મોડાસા  
(૨) શ્રીમતી અંજનાબેન પરેશભાઈ શાહ, મુંબઈ  
(૩) રૂ.૧૫૦૦૦૦/- લાખથી વધુ દાન આપનાર અને ટ્રસ્ટ નોંધાવનાર દાતાશ્રીઓ

કાર્યલય : આશિષ હોસ્પિટલ સામે, કડીયાવાડા રોડ, મોડાસા, જિલ્લો : અરવલ્લી, ફોન નં. ૦૨૭૭૪-૨૪૬૮૩૭

## મેડીકલેઈમ ઈન્સ્યુરન્સ ટ્રસ્ટના સભ્ય માટેનું કલેઈમ ફોર્મ

તા. / / ૨૦૨

પ્રતિશ્રી,  
પ્રમુખશ્રી / મંત્રીશ્રી  
મોડાસા એક્કડા વિશા ખડાયતા કોવાડીયા કેળવણી મંડળ,  
મોડાસા

**વિષય : મેડીકલેઈમ હેલ્થ ઈન્સ્યુરન્સ ટ્રસ્ટ કલેઈમ, નોંધાવવા માટે અરજ...**

શ્રીમાન, \_\_\_\_\_  
સવિનય જણાવવાનું કે, હું ઉપરોક્ત સંસ્થામાં મેમ્બર છું, મારો સભ્ય નંબર \_\_\_\_\_ છે.  
મારી જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_ છે. સદર હું અરજી મારી / મારા \_\_\_\_\_ ની  
છે. તેમને \_\_\_\_\_ ની બિમારી થયેલ છે. હોસ્પિટલ / દવાના બિલો સાથે  
રજૂ કરું છું. તો ઘટતી કાર્યવાહી કરવા વિનંતી

૧. અરજદારનું પુરું નામ : \_\_\_\_\_
૨. દર્દીનું આખું નામ : \_\_\_\_\_ ઉંમર \_\_\_\_\_
૩. હાલનું સરનામું : \_\_\_\_\_
૪. મોબાઈલ નંબર : \_\_\_\_\_ ટેલીફોન નંબર : \_\_\_\_\_
૫. મૂળ વતન : \_\_\_\_\_ વ્યવસાય : \_\_\_\_\_
૬. વાર્ષિક આવક : \_\_\_\_\_
૭. રોગની શરૂઆત ક્યારથી થયેલ છે ? \_\_\_\_\_
૮. રોગનો પ્રકાર / અકસ્માતનો પ્રકાર \_\_\_\_\_
૯. હોસ્પિટલની વિગત : દાખલ થયા તારીખ : \_\_\_\_\_ રજા આપ્યા તારીખ : \_\_\_\_\_
૧૦. હોસ્પિટલનું નામ : \_\_\_\_\_
૧૧. હોસ્પિટલનું સરનામું : \_\_\_\_\_
૧૨. ટ્રીટમેન્ટ કરના ડૉક્ટરશ્રીનું નામ : \_\_\_\_\_  
(અ) અગાઉ આ બિમારી પેટે ઓપરેશન કરાવેલ છે ? હા / ના  
(બ) ઓપરેશન કરાવ્યું હોય તોની વિગત : \_\_\_\_\_  
(ક) અગાઉ મંડળ કે અન્ય સંસ્થા પાસેથી મેડીકલ સહાય લીધી હોય તો તેની વિગત : \_\_\_\_\_

૧૩.૧. દવાના બીલની રકમ	રૂ. ....
૨. ડૉક્ટરના બીલની રકમ	રૂ. ....
૩. હોસ્પિટલના બીલની રકમ	રૂ. ....
૪. લેબોરેટરીના બીલની રકમ	રૂ. ....
૫. અન્ય	રૂ. ....
૫. કુલ	રૂ. ....

**અરજદારના બેન્ક ખાતાની માહિતી**

બેન્કનું નામ : \_\_\_\_\_

શાખાનું નામ : \_\_\_\_\_

ગામ : \_\_\_\_\_

ખાતા નંબર : \_\_\_\_\_

ખાતાનો પ્રકાર : \_\_\_\_\_

મને થયેલ બિમારી અંગે મેં ટ્રીટમેન્ટ કરાવેલ તેનાં ઓરીજીનલ બીલ આ સાથે બિડાણ કરેલ છે.

તારીખ :     /     / ૨૦૨

બિલ મોકલનારનું નામ

અરજદારની સહી

- નોંધ : (૧) આ અરજી સાથે દવાના બિલો / ડૉક્ટરના અસલ પ્રિસ્ક્રીપ્શન સાથે જોડવા તથા ફિટનેસ સર્ટિફિકેટ / દર્દની માહિતી દર્દીની ઉંમર વગેરે અચૂક લખવી. ડૉક્ટરના પ્રિસ્ક્રીપ્શન વગર દવાનું બિલ માન્ય ગણવામાં આવશે નહિ તેની નોંધ લેવી.
- (૨) કેન્સલ ચેકની ઝેરેક્ષ કોપી સાથે બીડવી.
- (૩) સદર ટ્રસ્ટની સ્કીમમાં ૭૦ વર્ષ સુધીના જ્ઞાતિબંધુઓને લાભ આપવામાં આવશે.
- (૪) સદર ટ્રસ્ટની સ્કીમમાં ૩,૦૦,૦૦૦/- સુધીની જે જ્ઞાતિબંધુની વાર્ષિક આવક હશે તેવા જ્ઞાતિબંધુને જ આ સ્કીમનો લાભ આપવામાં આવશે.
- (૫) સદર ટ્રસ્ટની સમિતિનો નિર્ણય આખરી ગણવામાં આવશે.

પ્રમુખશ્રીની સહી

કન્વીનરશ્રીની સહી  
શ્રી દિનેશભાઈ ડી. ભલાવત

ટ્રસ્ટના દાતાશ્રીની સહી  
હસમુખલાલ છોટાલાલ શાહ  
પરેશભાઈ દિનેશચંદ્ર શાહ

માનદ્ મંત્રીશ્રીની સહી

**ઓફિસ રેકોર્ડ માટે**

નામ : .....

ગામ : .....

ફોર્મ આવ્યા તારીખ :     /     / ૨૦૨     સભ્ય ફી જમા કરાવેલ તારીખ :     /     / ૨૦૨

ચેક નંબર ..... / કેશ બેન્કનું નામ (જે બેન્કમાં જમા કરાવેલ હોય તે) .....

ટ્રીટમેન્ટ અંગે થયેલ કુલ ખર્ચ (ફોર્મમાં બતાવ્યા પ્રમાણે) : .....

મંડળમાંથી પાસ કરેલ રકમ : ..... તારીખ : .....

બેન્કનું નામ : ..... ચેક નંબર : ..... રૂ. ....

**અરજી ફોર્મ મોકલવાનું સરનામું**

**શ્રી મોડાસા એકડા વિશા ખડાયતા કોવાડીયા કેળવણી મંડળ,**  
આશીષ હોસ્પિટલ સામે, કડિયાવાડા રોડ, મોડાસા, જિ. અરવલ્લી, પીનં. - ૩૮૩૩૧૫