



DIGAMBER JAIN KUTUMB SURAXA YOJANA

(Cheritable Reg. Trust No. : E/15249/Ahmedabad Date : 01/02/2002)

6, HARIOM APPARTMENT, RAMAN NAGAR, MANI NAGAR, AHMEDABAD - 8.

PHONE : 079-25463573, MOB.: 9978402102

E-mail: djksy97@gmail.com, Website : www.djksy.org

દાવો કરનારનું નિવેદન

(Claim Form)

(સભ્યના નોમિનીએ વિગત ભરી સહી કરવી)

Claim No. D :

• સભ્યનું નામ :	• સભ્યપદ નંબર :
• સભ્યપદની તારીખ :	• સભ્યના મોતની તારીખ : (ડેથ સર્ટિફિકેટ સાથે આપવું)
• મોતનું સ્થળ :	
• દાવો કરનારનું પૂર્ણ નામ :	• મોતનું કારણ :
• દાવો કરનારનું પૂર્ણ સરનામું :	• ટેલિફોન નંબર :
• જો દાવેદાર સગીર હોય તો તેના વાલીની વિગત ભરવી	

હું આથી નિવેદન કરું છું કે ઉપરની તમામ વિગતો સાચી અને સંપૂર્ણ છે.

- સાક્ષીની સહી
- સાક્ષીની નામ

- સભ્યપદ નંબર
- સ્થળ અને તારીખ

- દાવેદારની સહી
- દાવેદારનું નામ
- સ્થળ અને તારીખ

Enclosure :

1. Death Certificate

2. Membership Certificate

રીસીપ્ટ

પ્રતિ,
પ્રમુખ/સેક્રેટરી,
દિગંબર જૈન કુટુંબ સુરક્ષા યોજના
૬, હરિઓમ એપાર્ટમેન્ટ, રમણનગર,
મણિનગર, અમદાવાદ-૮.

મોકલનાર :

તા. :

સવિનય સાથે જણાવવાનું કે મને મારા ના અવસાન અંગેના કલેઈમ નં. સામે ફુલ એન્ડ ફાઈનલ સેટલમેન્ટ પેટે ફુલ રૂા. ચેકથી મળેલ છે. જેની વિગત નીચે મુજબ છે.

બેંકનું નામ	ચેક નં.	ચેક તારીખ	રકમ
કુલ રકમ			

આભાર

એજ લિ.

નામ

તારીખ :

"DECLARATION"

I undersign received full & find payment against death of my Husband/Wife/Son/Daughter/Brother/Sister/Father/Mother Mr./Mrs. FSS No. I request you to transfer his/her membership annual Rs. to corpus fund of the trust.

Yours Faithfully (Name)