



શ્રી કે.વી.ઓ. સેવા સમાજ

શ્રી કે.વી.ઓ. દેરાવાસી જૈન મહાજનવાડી ૩ જે માળે, ૯૯/૧૦૧ કેશવજી નાયક રોડ ચીંચબંદર, મુંબઈ ૪૦૦૦૦૯

Helpline No:9619233000 / 9619244005 Email : kvosanjeevani@gmail.com

સંજીવની સ્વસ્થા યોજના લોન ફોર્મ

તા. _____

અરજદાર નું નામ _____

દર્દીનું નામ _____

ગામ _____ ફોન _____

સરનામું _____

બીમારી ની વિગત _____

હોસ્પિટલ નું નામ _____ એરિયા _____

સંજીવની યોગના હેઠળ આપનો મેમ્બરશીપ નંબર _____ આપનું કેટલા રૂપિયા નું મેડિકલેઇમ છે _____

હું _____ જાણવું છું કે ઉપર જણાવેલ વિગતો સાચી છે અને જો કોઈ પણ સંજોગોમાં મારો કલેઇમ નામંજૂર થશે તો **30** દિવસની અંદર હું લોનની રકમ ભરપાઈ કરી આપીશ.

બીમારી નો અંદાજિત ખર્ચ _____ બીજી કોઈ કંપની નું મેડિકલેઇમ _____ રૂપિયા _____

કેટલા સમય માં લોન ચુકાવશો _____ મહિના ના કેટલા હપ્તા ભરી શકશો _____

પરિવારના મેમ્બર અને તેમની વાર્ષિક આવક

અનુ	નામ	વ્યવસાય / કામ	વાર્ષિક આવક
		કુલ આવક	

Required Documents

- 1) adhar card
- 2) doctors expense estimate letter
- 3) hospital admit details
- 4) Post dates cheques if loan is sanction

અરજદારની સહી

હું _____ ગામની સંસ્થાનું નામ અને હોદ્દો _____

જાણવું છું કે શ્રી _____ જરૂરતમંદ છે અને આપની યોજના હેઠળ લોન મંજૂર કરવા ભલામણ કરીએ છીએ.

મહાજન / મંડળ નો સિક્કો

ગામના મહાજન / મંડળના હોદ્દેદાર ની સહી

OFFICE USE ONLY

sanctioned the loan of Rs. _____ to _____

date _____

Authorised Signatory _____