



આપાતકાલીન સંપર્ક

નામ

એસટીડી કોડ સાથે સંપર્ક નંબર  મોબાઇલ નંબર

વૈકલ્પિક લક્ષણ  
કો-પેમેન્ટ (બેઝ પોલિસીમાં 50 ટકા કો-પેમેન્ટ હોય છે, જો કે તમે તેને 0 ટકા સુધી ઘટાડી શકો છો%)  0% (એડ-ઓન)  20%  30%  40%

વાર્ષિક એગ્રીગેટ ડિડક્ટબલ (ડિડક્ટબલ રકમ એ વીમા રકમના 1/5 ભાગની રહેશે)  હા  ના

એડ-ઓન(ઓ) સલામતી  હા  ના

3. પોર્ટેબિલિટી

પોલિસી નંબર	વીમા કંપની	જોખમ શરૂઆતની તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	પોર્ટીંગ માટેના કારણો

સૂચિત વીમાધારકનું નામ કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે છે	પ્રથમ પોલિસી શરૂઆતની તારીખ	સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાન નો ક્લેઇમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂનું)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાકૃત રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

4. નોમિનેશન

પ્રસ્તાવકનું મૃત્યુ થાય તો ક્લેઇમની ચૂકવણી નોમિનેશન કરવામાં આવશે. અન્ય વીમાકૃત વ્યક્તિઓ માટે, પ્રસ્તાવક નોમિનેશન છે. નોમિનેશન ચૂકવણી એ કંપનીની સંપૂર્ણ જવાબદારીના ડિસ્ચાર્જની રચના કરે છે.

નોમિનેશન નામ	જન્મની તારીખ	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેની સંબંધ	નોમિનેશન સરનામું, મોબાઇલ નંબર અને ઇમેઇલ આઇડી	હોદ્દાદારનું નામ (જો નોમિનેશન ઉંમર 18 વર્ષથી ઓછી હોય તો)

નોમિનેશન બેંક વિગતો : બાભાર્થી નામ:

બેંક નામ  Account type  સંગ્રહી  વર્તમાન

ખાતા નંબર  IFSC કોડ

5. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

વિભાગ એ: વીમાકૃત કરવાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિના સંબંધમાં:	અરજદાર ૧	અરજદાર ૨
શું જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ પણ અરજી ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ વીમા કંપની દ્વારા કોઈ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
વિભાગ બી: શું વીમાની વીમો લેવાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિનું ક્યારેય નિદાન થયું છે:	અરજદાર ૧	અરજદાર ૨
i. હૃદયરોગ જેમ કે હાર્ટ એટેક, હાર્ટ ફેલ્યોર, ઇસ્કેમિક હાર્ટ ડિસીઝ અથવા કોરોનરી હાર્ટ ડિસીઝ, એન્જાઇના વગેરે	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
ii. ગાંઠ, કોઈપણ અંગનું કેન્સર, લ્યુકેમિયા, લિમ્ફોમા, સાર્કોમા	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
iii. મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા (કિડની, યકૃત, હૃદય, ફેફસાં વગેરે)	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
iv. પક્ષાઘાત, એન્સેફાલોપથી, મગજના ફોલ્વા અથવા કોઈ પણ ન્યુરોલોજીકલ રોગ	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
v. પલ્મોનરી ફાઇબ્રોસિસ, ફેફસાંનું પતન અથવા આંતરાલીય ફેફસાંનો રોગ (આઇએલડી)	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
vi. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, ક્રોનિક યકૃત રોગ, કોલન રોગ, અલ્સરેટિવ કોલાઇટિસ	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
vii. આયર્નની ઉણપ એનિમિયા સિવાય અન્ય કોઈ પણ એનિમિયા	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
viii. ક્યારેય 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
ix. શું તમે સતત 10 દિવસથી વધુ સમય સુધી કોઈ દવા લીધી છે? ઔષધોમાં ઇન્હેબર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના અંગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોની સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતી મર્યાદિત નથી.	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
x. કોઈ પણ સારવાર, સર્જિકલ અથવા તબીબી સલાહ આપવામાં આવી હોય તેની રાહ જોવી	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>

xi. ભૂતકાળમાં કોઈ પણ રોગનો ભોગ બનેલા કોઈ પણ રોગ માટે કોઈ પણ સામયિક/ નિયમિત ફોલોઅપ હેઠળ, પછી ભલે તે મટી ગયું હોય કે ન થયું હોય? ફોલો અપ એટલે સમયાંતરે કન્સલ્ટેશન, તપાસ વગેરે	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xii. શું ડોક્ટર(ઓ) સાથે કોઈ પરામર્શ કરવામાં આવ્યો છે અથવા છેલ્લા 30 દિવસમાં હાલમાં થયેલી અથવા થઈ રહેલી સમસ્યાઓ માટે કોઈ પરીક્ષણની સલાહ આપવામાં આવી છે?	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xiii. ડાયાબિટીસ (હાઈ બ્લડ સુગર), પ્રી-ડાયાબિટીસ, હાઈ કે લો બ્લડપ્રેશર, છાતીમાં દુઃખાવો કે હૃદયરોગ અથવા થાઇરોઇડ ડિસઓર્ડર, અસ્થમા, બ્રોન્કાઇટિસ	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
x. માતાપિતાને કોઈ વારસાગત અથવા આનુવંશિક સ્થિતિ હોય છે? કૃપા કરીને જણાવો કે તેમાંથી કોઈ પણ વાહક રાજ્ય છે એટલે કે તેને રોગ ન હતો પરંતુ તે વાહક હતો	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xv. પિત્તાશય, કિડની, મૂત્રાશય, મૂત્રાશય, યુરેટર વગેરે જેવા કોઈ પણ અંગમાં કેલ્ક્યુલસ (પથરી) વિકાર.	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xvi. શરીરમાં ક્યાંય પણ ગાંઠ (સોજો) - સૌમ્ય અથવા જીવલેણ, કોઈ પણ બાહ્ય અલ્સર / વૃદ્ધિ / સિસ્ટ / દબા?	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xvii. એચ.આય.વી/એઇડ્સ, એનિમિયા, થેલેસેમિયા, હીમોફિલિયા અથવા લોહીને લગતી અન્ય કોઈ સમસ્યા.	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xviii. માનસિક/માનસિક બીમારીઓ અથવા સ્વીપ ડિસઓર્ડર?	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xix. આરોગ્યને લગતી કોઈ પણ આરોગ્યની સ્થિતિ, રોગ, લક્ષણો અથવા માહિતી જે ઉપર જણાવેલી નથી. જો આ પ્રશ્નનો જવાબ કોઈના માટે પણ હા હોય, તો તમામ તબીબી દસ્તાવેજો પ્રદાન કરો	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
xx. ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ/ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેનાનો જવાબ આપો:	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>
1. અરજદારે ધૂમ્રપાન/તમાકુનું સેવન ક્યારે શરૂ કર્યું હતું? (અ) શાળા (બ) ૧૦+૨ સી) કોલેજ ડી) જ્યારે કામ કરવાનું શરૂ કર્યું ત્યારે (ડ) પછીથી		
2. અરજદારને દારૂનું સેવન ક્યાંને કેટલા વર્ષોથી થઈ રહ્યું છે?		
iii. અરજદાર અઠવાડિયામાં કેટલા દિવસ દારૂનું સેવન કરે છે? (1/2/3/4/5/6/7)		

## 6. જાહેરનામું (કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને પ્રપોઝલ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

- આથી હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાવેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું કે ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા વિગતો મેં આપેલી ઉપરોક્ત બાબતો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ બધી જ બાબતોમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને આ બીજી વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવાની મને સત્તા છે.
- હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનાવશે, તે વીમાકંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને તે પોલિસી યાજ્ઞબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.
- હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે હું દરખાસ્ત રજૂ થયા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાકૃત/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને લેખિતમાં જાણ કરીશ.
- હું જાહેર કરું છું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે કંપનીને સંમતિ આપું છું, જેમણે/ જેણે કોઈ પણ સમયે વીમાધારક/ પ્રસ્તાવક તરીકેની વ્યક્તિ પર હાજર રહી હોય અથવા વીમાધારક/ દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરતી કોઈ પણ ભૂતકાળના અથવા વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી કોઈ પણ બાબત અંગે હાજરી આપી હોય અને વીમાધારક/ દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિ પર વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય તેવી કોઈ પણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ હું મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાનપ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરું છું, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના તબીબી રેકોર્ડ્સ સામેલ છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ દરખાસ્તને અન્ડરરાઇટિંગ કરવાનો અને/અથવા દાવાની પતાવટનો અને કોઈ પણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તામંડળ સાથે કરવાનો હું/અમે અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ, જેમાં વીમાધારક/પ્રસ્તાવકના તબીબી રેકોર્ડ્સનો પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ અમારા પેનલમાં સામેલ પ્રદાતા સાથે સેવા પૂરી પાડવાનો છે.
- જો પ્રસ્તાવકે સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરી હોય તો: આ પત્રકની સામગ્રી મારા દ્વારા સમજાવવામાં આવી છે, \_\_\_\_\_ દરખાસ્ત કરનારને \_\_\_\_\_ હાજરીમાં, જેણે તેને સમજી છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે. સાક્ષી કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ હોવી જોઈએ.

તિથિ  સ્થાન  દરખાસ્ત કરનારની સહી

પ્રમાણિત વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર:  સાક્ષીની સહી

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:  સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

## 7. જો પ્રસ્તાવક અને સલાહકારની જાહેરાત દ્વારા ફોર્મ ભરવામાં ન આવ્યું હોય તો તેની જાહેરાત

જો કોઈ કારણસર, દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાગળો દરખાસ્તકર્તા દ્વારા ભરવામાં ન આવે તો જાહેરાત. દરખાસ્તના ફોર્મની સામગ્રી મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવી છે અને હું તમામ પાસાઓ અને સૂચિતાર્થોને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ \_\_\_\_\_ દ્વારા ભરવામાં આવે છે, \_\_\_\_\_ મારી સૂચના હેઠળ અને મને લાગે છે કે બધી માહિતી સાચી અને સંપૂર્ણ છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

સલાહકારની જાહેરાત: હું વીમા સલાહકાર/કોર્પોરેટ એજન્ટની નિર્દિષ્ટ વ્યક્તિ/બ્રોકર/રિવેશનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે આ સાથે જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રોડક્ટ/દરખાસ્તની તમામ સામગ્રી દરખાસ્તકારને સમજાવી છે.

વીમા સલાહકારની સહી

### 8. પ્રીમિયમની વિગતો (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ  ચેક  ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ  ક્રેડિટ કાર્ડ/ડેબિટ કાર્ડ  નેટ બેંકિંગ  રોકડ  બીજાંઓ

પ્રીમિયમ રકમ  દ્વારા ચુકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ  ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી:

બેંક નામ/શાખા  તિથિ

નિવા બુધા શાખાનું સ્થાન  કોડ નં.

આના દ્વારા સ્રોત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલ્સ  કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત:  ગ્રાહક આઈડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે?  હા  ના

### 9. દાવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

વાલાર્થાનું નામ

ટ્રાન્ક નામ

ખાતા નં.  IFSC કોડ

ખાતા પ્રકાર:  સંગ્રહી  વર્તમાન

### 10. રિન્યૂઅલ

રિન્યૂઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:  
તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્વીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે ચાલુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, તમારી નીતિને તાત્કાલિક નવીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તે માહિતી અને દસ્તાવેજીકરણની તમામ વધારાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરવાને આધિન છે.

હું એસીએચ/એસઆઈ રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માગું છું અને આ રીતે તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યૂ ન થાય ત્યાં સુધી પ્રીમિયમ પર 2.5 ટકા ડિસ્કાઉન્ટનો લાભ લેવા માગું છું.

તિથિ         સ્થાન  દરખાસ્ત કરનારની સહી

### 11. માત્ર બેન્કાશ્યુરન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

શાખા કોડ  SP કોડ  RM/LG કોડ

Customer ખાતું સંખ્યા

### 12. વૈધાનિક ચેતવણી

રિબેટ પર પ્રતિબંધ (વીમા અધિનિયમ 1938ની કલમ 41 હેઠળ)

1. કોઈ પણ વ્યક્તિ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને ભારતમાં જીવન કે મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સામાં કોઈ પણ પ્રકારની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ છૂટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યૂ કરવા કે ચાલુ રાખવા માટે પ્રેરિત સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં. કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યૂ કરતી કે ચાલુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.

2. આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

### 13. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એભા આઈડી છે?	ABHA ID	એ.એચ.એ.બી. દ્વારા વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે તબીબી રેકોર્ડ્સ શેર કરવા
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

એપ્લિકેશન નં.

તિથિ

પર તારીખની રકમ ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય દ્વારા તમારો દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિ બદલ અમે આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. ન તો વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમક્ષ રજૂઆત કે ન તો કોઈ નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચૂકવણી, જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીમાં હોય અને હંમેશાં રહેશે, તે જારી કરવા સંમત થવાની અમને ફરજ પાડે છે. જો આપણે વીમા માટેની દરખાસ્ત સ્વીકારીએ, તો તે પોલિસીના નિયમો અને શરતોને આધિન રહેશે અને જો પ્રીમિયમ અમને સંપૂર્ણ અને સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા પ્રાપ્ત ન થાય તો અમારી પાસે કોઈ પણ પ્રકારની જવાબદારી રહેશે નહીં. જો અમે દરખાસ્તની સ્વીકાર નહીં કરીએ, તો અમે તમને જાણ કરીશું અને તમારો પાસેથી વ્યાજ વિના પ્રાપ્ત થયેલા તબીબી પરીક્ષણોનો ખર્ચ, જો કોઈ હોય તો તે બાદ કર્યા પછી ચૂકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી