



ગુજરાતની દુકાનો અને સંસ્થાઓના કર્મચારીઓની સામુહિક વીમા યોજના ૧૯૮૦

FORM "D" નમુનો 'ડી'

(See para & (1) of the Scheme) (જુઓ યોજનાના ફકરા ૮ (૧))

Nomination નોમીનેશન

The Manager/ Proprietor મેનેજર/ માલિક _____

Give here the name of establishment with full Address

(સંસ્થાનું નામ તથા સરનામું અહીં લખો.) _____

1. Shri/Shrimati/Kumari _____

શ્રી/ શ્રીમતી/ કુમારી

Name in full here whose particulars are given in the statement below hereby nominate persons(s) mentioned below to receive the assurance benefit after my death and direct that the amount shall be paid in proportion indicated against the name(s) of the Nominee(s).

નોમીની તરીકે નિમાયેલી વ્યક્તિનું પુરું નામ જેની સંપૂર્ણ વિગત નીચેના નિવેદનમાં આપી છે અને મારા મરણ પછી વીમાના લાભો મેળવવા સૂચના આપું છું કે નોમીનીને સરખા ભાગે દર્શાવેલ રકમ ચુકવવી.

2. I hereby certify that the person(s) mentioned in/are member of my family within the meaning of para 2 (c) of the Scheme.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે સ્કીમના પેરા ૨(સી) મુજબ વ્યક્તિ મારા કુટુંબનો સભ્ય છે.

3. I hereby declare that I have no family within the meaning of para 2(c) of the Scheme.

જાહેર કરું છું કે સ્કીમના પેરા ૨(સી) મુજબ મને કુટુંબ નથી.

4. (a) My father, mother, parent is/are not dependent on me.

(અ) મારા પિતા, માતા, માતા- પિતા મારા પર આધાર રાખતા નથી.

(b) My husband's father, mother Parents is/are not dependent on my husband.

(બ) મારા સાસુ-સસરા, મા-બાપ, મારા પતિ ઉપર આધાર રાખતા નથી.

5. I have excluded my husband from my family by a notice dated..... to the employer in terms of the proviso to para 2 (c) of the Scheme.

સ્કીમના પેરા ૨(સી) (ii) ની શરત મુજબ તારીખ..... ની નોટીસથી હું મારા પતિને મારા કુટુંબમાં ગણતી નથી.

6. Nomination made here invalidates my previous nomination.

આ નોમીનેશનથી મારા આગળના નોમીનેશન રદ થાય છે.

(P.T.O.--પાછળ જુઓ)

Nominee(s) નોમીની (વ્યક્તિઓ)

Sr.NO.	Name in full with full address of the nominee	Relationship with Employee	Age of nominee	Proportion by which benefit will be shared
અનુક્રમ નંબર	નોમીની નિમાયેલ વ્યક્તિનું પુરું નામ સરનામું	કામદાર સાથેનો સંબંધ	ઉંમર	કેટલા સરખા ભાગ વહેંચવાના છે.
1. ૧.				
2. ૨.				
3. ૩.				
4. ૪.				
5. ૫.				

Statement નિવેદન

1. Name of Employee in full (કામદારનું પુરું નામ) _____
2. Sex જાતિ _____
3. Religion ધર્મ _____
4. Whether Unmarried, Married, Widow, Widower _____
કુંવારો, પરણેલો, વિધવા, વિધુર
5. Department: Section where appointed _____
જ્યાં નિમાયેલ છે તે ખાતું/વિભાગ
6. Designation હોદ્દા _____
7. Date of Birth જન્મ તારીખ _____
8. Date of Appointment નિમણૂકની તારીખ _____
Permanent Address કાયમનું સરનામું _____

Place સ્થળ: _____

Signature /Thumb impression of employee

Date તારીખ: _____

સહી/ કામદારના અંગુઠાનું નિશાન

Declaration by witness સાક્ષીનું જાહેરનામું

Nomination signed/ Thumb impressed before me

Name in full and address of witness સાક્ષીનું પુરું નામ તથા સરનામું	Signature of witness સાક્ષીની સહી
1. ૧.	
2. ૨.	

Place સ્થળ: _____

Date તારીખ: _____

Certified by Employer માલિકનું સર્ટીફિકેટ

Certified that the particulars of the above Nomination have been verified and recorded in this establishment.

પ્રમાણિત કરવામાં આવે છેકે ઉપર મુજબ નોમીનેશનની વિગતો ચેક કરી સંસ્થાના રેકોર્ડમાં નોંધવામાં આવી છે.

Signature of the employer/authorized rubber stamp thereof

માલિકની સહી/ સંસ્થાનો સિક્કો

Acknowledgement by Employee કામદારની રસીદ

Received the duplicate of the nomination in Form 'D' filed by me on.....and duly certified by the employer.

નોમીનેશનની નકલ નમુનો 'ડી' માં મળેલ છે જે મે એ રજુ કરી હતી અને માલિક મારફત પ્રમાણિત થયેલ છે.

Date: _____

Signature of the employer/Thumb impression

તારીખ: _____

કામદારની સહી/ અંગુઠાનું નિશાન

Note:- Strike out words/Paragraph not applicable./નોંધ: લાગુ નહિ પડતાં શબ્દો-પેરેગ્રાફ છેકી નાંખો.