



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 VASANT KARMCHAND PATEL

Give here the name of establishment with full Address

(સંસ્થાનું નામ તથા સરનામું અહીં લખો.) ABC STORE, 01, APPLE SQUARE,  
M.M. ROAD, SURAT.

1. Shri/Shrimati/Kumari KANAK R. CHAUHAN  
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.

1. VARSHA K. CHAUHAN WIFE

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) (iii) 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.	VARSHA K. CHAUHAN	WIFE	૪૪ YRS.	100%
2. ૨.				
3. ૩.				
4. ૪.				
5. ૫.				

**Statement નિવેદન**

- Name of Employee in full (કામદારનું પુરું નામ) KANAK R CHAUHAN
  - Sex જાતિ M
  - Religion ધર્મ HINDU
  - Whether Unmarried, Married, Widow, Widower MARRIED  
કુંવારો, પરણેલો, વિધવા, વિધુર
  - Department: Section where appointed ABC STORE  
જ્યાં નિમાયેલ છે તે ખાતું/વિભાગ
  - Designation હોદ્દો WORKER
  - Date of Birth જન્મ તારીખ ૨૦/૦૫/૧૯૭૪
  - Date of Appointment નિમણૂકની તારીખ ૨૦/૦૫/૧૯૭૪
- Permanent Address કાયમનું સરનામું \_\_\_\_\_

Place સ્થળ: SURAT

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. <u>VIRASH V. Patel.</u>	<u>[Signature]</u>
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 છે કે 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 મેં ..... એ રજુ કરી હતી અને માલિક મારફત પ્રમાણિત થયેલ છે.

Date: ૨૦/૦૫/૨૦૨૪  
તારીખ: \_\_\_\_\_

Signature of the employer/Thumb impression  
કામદારની સહી/ અંગુઠાનું નિશાન

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