



શ્રી નવગામ વિસાનાગર વૈદિક સમાજ

મુંબઈ : ૬/૮, અનંતવાડી, નાગર નિવાસ, ભુલેશ્વર, મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૨. ફોન : ૨૨૦૬ ૩૮૦૨

કાંદિવલી : સી-૩૦૧, ગોકુલ હાઈટસ, મથુરાદાસ રોડ, કાંદિવલી (વે.), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૬૭. મો.: ૯૦૮૨૫૦૦૩૦૮

વિરાર : શોપ નં. ૧૦૫, ૧ લે માળે, વિહુલ હરી ટોવર, રામમંદિર રોડ, ડીસ્ટ્રી. પાલઘર, વિરાર (વેસ્ટ), ૪૦૧ ૩૦૩. મો.: ૯૮૧૯૫૧૭૩૮૫

E-mail : snvsamaj@gmail.com | Website : www.snvsamaj.in

મેડિકલ ઇન્શોરન્સ સર્વે ફોર્મ

(સમાજના જરૂરિયાતમંદ સભ્યોની આરોગ્ય સુરક્ષા અંગે માહિતી એકત્ર કરવા માટે)

પ્રિય સમાજજનો,

સમાજના દરેક પરિવાર પાસે પુરતું મેડિકલ કવર ઉપલબ્ધ રહે અને જરૂરિયાતમંદ પરિવારને માર્ગદર્શન મળી રહે તે હેતુથી આ સર્વે કરવામાં આવી રહ્યો છે. આપની માહિતી સંપૂર્ણ ગોપનીય રાખવામાં આવશે.

૧. પરિવારની મૂળભૂત માહિતી

પરિવાર વડાનું નામ:	
સરનામું:	
વસ્તીપત્રક નંબર (VP No.)	મોબાઈલ નંબર:
નોકરી / વ્યવસાય:	પરિવારના કુલ સભ્યો:
કેટલા સભ્યો કામ કરે છે:	પરિવારની કુલ વાર્ષિક આવક:

૨. મેડિકલ ઇન્શોરન્સ વિગતો

શું આપના પરિવાર પાસે કોઈ મેડિકલ ઇન્શોરન્સ પોલિસી છે ? હા ના

(૨.૧) જો હા, તો નીચેની માહિતી આપશો:

(i) પોલિસી વિગતો

ક્ર.	પરિવારનું સભ્યનું નામ**	ઉંમર	કંપનીનું નામ	કવર રકમ (રૂ.)	વ્યક્તિગત / ફેમિલી ફ્લોટર	વાર્ષિક પ્રીમિયમ (રૂ.)

**જો વધુ નામો હોય તો અલગ યાદી જોડશો.

(ii) પ્રીમિયમ આપ દ્વારા ભરવામાં આવે છે કે અન્ય કોઈ દ્વારા? હું / અન્ય વ્યક્તિ

(iii) શું આપને વર્તમાન કવર પૂરતું લાગે છે? હા ના ખાતરી નથી

(iv) જો "ના", તો અંદાજે કેટલું કવર જરૂરી લાગે છે?

રૂ. ૫ લાખ સુધી રૂ. ૧૦ લાખ સુધી રૂ. ૧૫ લાખ સુધી રૂ. ૨૦ લાખ સુધી

(૨.૨) જો મેડિકલેમ ના હોય, તો મુખ્ય કારણ શું છે ?

- પ્રીમિયમ વધુ લાગે છે માહિતીનો અભાવ જરૂરિયાત નથી લાગતી
 ઉંમર / આરોગ્ય સમસ્યા દસ્તાવેજી પ્રક્રિયા મુશ્કેલ લાગે છે
 અન્ય: _____

૩. શું આપ સમાજ દ્વારા મેડિકલેમ યોજના ઇચ્છો છો ? હા ના વધુ માહિતી જોઈએ

૪. પરિવારના સિનિયર સિટિઝન સભ્યોની માહિતી

ક્ર.	નામ	ઉંમર	મેડિકલેમ છે ?	કવર રકમ

૫. કોઈ ગંભીર બીમારી / ખાસ આરોગ્ય જરૂરિયાત છે ? હા ના

જો હા, તો વિગત ઇચ્છા હોય તો: _____

૬. જેમના માટે પોલિસીની જરૂર છે તે વ્યક્તિ તમારી સાથે છે કે નહીં ? હા ના

જો નહીં, તો તેઓ ક્યાં રહે છે ?

૭. સૂચના / અભિપ્રાય

અરજદારનું નામ: _____

સહી : _____

તારીખ: _____

સ્થળ : _____

નોંધ

- ૧) સંપૂર્ણ ભરેલ ફોર્મ સીલબંધ કવરમાં સમાજની કોઈપણ ઓફિસમાં જમા કરવાનું.
- ૨) સાથે આધાર કાર્ડ, પાન કાર્ડ અને જો હોય તો જે વ્યક્તિને મેડિકલ સહાયની જરૂર હોય તેની હાલની મેડિકલ ઇન્શોરન્સ પોલિસીની વિગતો જોડવી.
- ૩) હાલ સમાજ માત્ર માહિતી એકત્રિત કરી રહ્યો છે. ત્યારબાદ સમાજ આ અંગે કોઈ યોજના અથવા સહાય શરૂ કરી શકાય તે અંગે વિચારણા કરશે.
- ૪) જો સમાજ અથવા દાતાશ્રીઓ દ્વારા પોલિસી મેળવવા માટે સહાય કરવામાં આવે, તો ક્લેઈમ, પ્રક્રિયા, સંકલન અથવા સંબંધિત બાબતો માટે તેમની કોઈ જવાબદારી રહેશે નહીં. તેઓ માત્ર સુવિધાકારક તરીકે કાર્ય કરશે.
- ૫) આ ફોર્મ આપીને તમે જરૂરી હોય ત્યારે તમારી માહિતી કોઈપણ મેડિકલ ઇન્શોરન્સ કંપની, એજન્ટ, બેંક અથવા અન્ય સંસ્થા સાથે શેર કરવા માટે તમારી સંમતિ આપો છો.
- ૬) આ ફોર્મ સંબંધિત વધુ માહિતી માટે સંપર્ક શ્રી કૃણાલ એસ. શાહ - ૯૮૧૯૧૯૧૫૯૯ કરી શકો છો.

ફોર્મ જમા કરવાની છેલ્લી તારીખ ૫ જૂન, ૨૦૨૬ રહેશે.



Shree Navgam Visanagar Vanik Samaj

Mumbai : 6/8, Anantwadi, Nagar Nivas, Bhuleshwar, Mumbai - 400 002. | Tel.: 2206 3802

Kandivali : C-301, Gokul Heights, Mathuradas Road, Kandivali (West), Mumbai - 400 067. Mob.: 9082500308

Kandivali : Shop No. 6, Mahavir Krupa, Dahanukarvadi, Kandivali (West), Mumbai - 400 067. (Given on Rent)

Virar : Shop No. 105, 1st Floor, Vithal Hari Tower, Ram Mandir Road, Dist. Palghar, Virar (West) - 401 303. Mob.: 9819517385

E-mail : snvsamaj@gmail.com | **Website** : www.snvsamaj.in

Mediclaim Insurance Survey Form

(To collect information regarding health insurance coverage of needy Samaj members)

Dear Samaj Members,

This survey is being conducted to understand the Mediclaim Insurance status of such families in our Samaj who may not have adequate medical coverage. All information provided will be kept strictly confidential.

1. Basic Family Information

Name of Head of Family:	
Address:	
VP No. (Vasti Patrak No.):	Mobile Number:
Occupation / Business:	Total Number of Family Members:
Number of Earning Members:	Total Annual Family Income:

2. Mediclaim Insurance Details

Do you have any Mediclaim Insurance Policy? Yes No

(2.1) If Yes, please provide the following details:

Sr. No.	Name**	Age	Insurance Company	Cover Amount (Rs.)	Individual / Family Floater	Annual Premium (Rs.)

** (Attach separate sheet if required.)

Additional Details

(i) Who pays the premium? Self Other Person

(ii) Do you feel your current insurance cover is sufficient? Yes No Not Sure

(iii) If "No", what amount of cover do you feel is required?

Up to Rs. 5 Lakhs Up to Rs. 10 Lakhs Up to Rs. 15 Lakhs Up to Rs. 20 Lakhs

(2.2) If you do NOT have Medclaim, what is the main reason?

- Premium is expensive Lack of information Do not feel it is necessary
 Age / health-related issues Documentation process seems difficult
 Other: _____

3. Are you interested if the Samaj introduces a Medclaim Scheme? Yes No Need More Information

4. Details of Senior Citizen Family Members

Sr. No.	Name	Age	Existing Medclaim?	Cover Amount (Rs.)

5. Any serious illness or special medical requirement in the family? Yes No

If Yes, please provide details: _____

6. Are the persons who need insurance living with you? Yes No

If No, where are they residing? _____

7. Suggestions / Remarks

Applicant Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Place: _____

Important Notes

1. Submit the completed form in a sealed envelope at any Samaj Office.
2. Please attach copies of Aadhaar Card, PAN Card, and if applicable, details of existing Medclaim policy and medical documents for members requiring assistance.
3. Currently, the Samaj is only collecting information. Based on the response, the Samaj may consider introducing suitable schemes or assistance in the future.
4. If assistance is provided by the Samaj or donors for obtaining insurance policies, the Samaj will act only as a facilitator and will not be responsible for claims, documentation, settlement, or related matters.
5. By submitting this form, you consent to sharing your information with insurance companies, agents, banks, or other relevant institutions if required.
6. For any queries regarding this form, please contact **Shri. Krunal S. Shah – 9819191599.**

Last Date for Submission of Form: 5 June 2026