



ग्राहक-सम्प्रतिपत्ति-पत्रम्

बीमाक्रमांक: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

अनुरोधप्रकारा: \_\_\_\_\_

प्राप्तकर्ताया: नाम \_\_\_\_\_ प्राप्तिकाया: दिनांक: समयश्च \_\_\_\_\_

कर्मचारी-क्रमांक: \_\_\_\_\_ हस्ताक्षरम् \_\_\_\_\_

मैक्स-जीवन-सुरक्षा-संस्था-लिमिटेडऑपरेशन् सेन्टर्, 90-ए, तृतीयतलम्, उद्योगविहारः, सेक्टर-18, गुडगांवः (हरियाणा) 122015