

अधिवर्षिता पश्चात चिकित्सा लाभ योजना - बीडीएल

नवीकरण के लिए आवेदन

बीमा अवधि ()

आपकी योजना का चयन करें

- पी एस एम बी-I - सेवानिवृत्त कर्मचारी (कार्यपालक एवं कार्यपालकेतर वर्ग के कर्मचारी)/वी आर एस/ स्वास्थ्य आधार पर सेवा समापन/ 01.01.2007 से पहले निधन आदि.)
- पी एस एम बी-II - सेवानिवृत्त कार्यपालक/ वी आर एस/ स्वास्थ्य आधार पर सेवा समापन/01.01.2007 के बाद निधन आदि.
- पी एस एम बी-III - सेवानिवृत्त कार्यपालकेतर वर्ग के कर्मचारी / वी आर एस/ स्वास्थ्य आधार पर सेवा समापन/01.01.2007 के बाद निधन आदि.

प्रेषक :

नाम :

स्टाफ नंबर :

पता :

फोन नंबर (लैंड लाइन) एस टी डी कोड के साथ :

मोबाइल नंबर :

ई-मेल आई डी

सेवा में :

उप महाप्रबंधक (कार्मिक एवं प्रशासन) कल्याण
भारत डायनामिक्स लिमिटेड
कंचनबाग
हैदराबाद.
महोदय,

विषय: पी एस एम बी कार्ड के नवीकरण संबंध में.

में (श्री / श्रीमती) -----

पूर्व-कर्मचारी / पूर्व कर्मचारी के पति-पत्नी अधिवर्षिता पश्चात चिकित्सा लाभ योजना के तहत हितभागी के रूप में निम्नलिखित को नामित करता / करती हूँ.

हितभागी का नाम (पूर्व कर्मचारी / पति/ पत्नी के विषय में अलग से सूचित करें)	संबंध (स्वयं या पति/ पत्नी सूचित करें)	हितभागी की वर्तमान स्थिति	यदि मृत्यु हुई निधन की तिथि सूचित करें
	स्वयं		
	पति/पत्नी		

सूचना: यदि दोनों हितभागियों की दुर्भाग्यवश मृत्यु हो जाने से उनके परिवार के सदस्य बीडीएल को सूचित करेंगे.

(पूर्व कर्मचारी के हस्ताक्षर दिनांक सहित)

(पूर्व कर्मचारी के पति/ पत्नी हस्ताक्षर दिनांक सहित)