

हिंदुस्तान ऑर्गेनिक केमिकल्स लिमिटेड
HINDUSTAN ORGANIC CHEMICALS LIMITED
(भारत सरकार का उपक्रम A Government of India Enterprise)

समूह मेडिकलेम बीमा – सेवानिवृत्त कर्मचारी GROUP MEDICLAIM INSURANCE-RETIRED EMPLOYEES
आवेदन पत्र APPLICATION FORM

सेवानिवृत्त कर्मचारी RETIRED EMPLOYEE

1	बीमाकृत कर्मचारी का पूरा नाम Full Name of Insured Person		
2	Ticket No. Designation at the time of Retirement.		फोटो Photo
3	पुरुष Male/ स्त्री Female		
3	जन्म दिन एवं आयु Date of Birth & Age		
4	पूर्ण आवासीय पता Date of Retirement/Voluntary Retirement.		
5	Total No. of Years Service in HOCL		
6	दूरभाष Phone No मोबाइल सं Mobile No		
7	ई मेल पता Email Address		
8	Full Postal Address		
			हस्ताक्षर Signature

सेवानिवृत्त कर्मचारी का पति/ की पत्नी RETIRED EMPLOYEE'S SPOUSE

1	बीमाकृत कर्मचारी का पूरा नाम Full Name of Insured Person		
2	पुरुष Male/ स्त्री Female		फोटो Photo
3	जन्म दिन एवं आयु Date of Birth & Age		
5	दूरभाष Phone No मोबाइल सं Mobile No		
6	ईमेल पता Email Address		
	Name of Bank through the NEFT/RTGS Transfer done		
	UTR No./Ref.No.		
	Date		
	Amount (Rs.)		
	Mail ID for sending the Details to HOCL	hindi@hoclindia.com	
			हस्ताक्षर Signature

सेवा में To

महा प्रबन्धक (कार्मिक एवं प्रशासन) GM (HR)

एचओसीएल, अंबलमुगल, कोची HOCL, Ambalamugal, Kochi

