

Unclaimed Deposits /Inoperative Accounts: Claim Form

दिनांक

शाखा प्रबंधक

जिला सहकारी केंद्रीय बैंक मर्याजगदलपुर

शाखा

प्रिय महोदय/महोदया,

मैं/हम अधोहस्ताक्षरी श्री/श्रीमती/सुश्री/

की क्षमता में

स्वयं

नामांकित

कानूनी उत्तराधिकारी

अन्य, (कृपया निर्दिष्ट करें)

आपके बैंक के पास जमा खाते (खातों) के दावे के निपटान के लिए श्री/श्रीमती/सुश्री/ अन्य का नाम _____ को अदा करने का अनुरोध करता हूँ।

नाम खाता संख्या और अन्य विवरण:

(दस्तावेज प्रमाण के साथ)

दावेदार का नाम:

पिनकोड के साथ संचार पता:

जन्मतिथि

पैन नंबर

आधार/पासपोर्ट नंबर

दूरभाष

मैं/हम समझते हैं कि दावे का निपटारा यथोचित परिश्रम और प्रमाणीकरण के बाद दस्तावेज और बैंक की प्रक्रिया और नीति के अधीन किया जाएगा। मैं/हम दस्तावेज प्रस्तुत करने का वचन देते हैं जो बैंक के लिए दावों को संसाधित करने के लिए आवश्यक होगा और दावे को निपटाने के लिए आवश्यक दस्तावेजों को निष्पादित करने की सहमति प्रदान करते हैं।

हस्ताक्षर: _____

नाम : _____

ग्राहक पावती पर्ची (बैंक अधिकारी द्वारा भरी जानी है)

दिनांक:

श्रीमान/श्रीमती/सुश्री _____

के लिये

दावा न की गई जमा राशियों/निष्क्रिय खातों का दावा अनुरोध प्राप्त हुआ है।

बैंक अधिकारी के हस्ताक्षर बैंक की मुहर के साथ

शाखा

Unclaimed Deposits /Inoperative Accounts: Claim Form

Date:

The Branch Manager
Jila Shakari Kendriya Bank Mary Jagdalpur,
_____ Branch

Dear Sir / Madam,

I/We the undersigned Mr./Mrs./Ms/ _____
in the capacity of

Self

Nominee

Legal Heir Others
(please specify)

request for settlement of claim, for Deposits account(s) held with your Bank in the
name(s) of Mr./Mrs./Ms/Others _____

Name Account No. and Other details:

(with documentary proof)

Name of Claimant(s) :

Communication Address with Pincode:

DOB

PAN No.

Aadhar/Passport No.

Tel./Mob. No.

I/We understand that claim will be settled post due diligence and authentication of documents and in subject to bank's process & policy. I/We undertake to submit the document as may be necessary for the Bank to process the claims and agree to execute the required documents to settle the claim.

Signature: _____

Name : _____

.....
Customer Acknowledgment slip (to be filled in by Bank official)

Date:

Received a request from Mr./Mrs./Ms. _____ for
claiming Unclaimed Deposits/Inoperative Accounts.

Signature of Bank Official
with Bank seal