

**e.F.No 25-08/2012-FS(CBS)(Pt.1)
Government of India
Ministry of Communications
Department of Posts
(FS Division)**

**Dak Bhawan, New Delhi-110001
Dated: 29 .10.2020**

To,

All Head of Circles/Regions

Subject ; Regarding supply of specimen of various forms to be used in operation of National (Small) Savings Schemes in Hindi and English.

Sir/Madam,

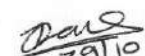
This office has prepared Hindi version of various forms being used in operation of National (Small) Savings Schemes. Accordingly, a specimen copy of the following updated forms in Hindi and English is enclosed for reference and further necessary action: -

1. SB-AOF - Application for opening of new account/purchase of certificates
2. SB-KYC- KYC Form
Note: - For new customer or updating existing KYC details.
3. SB-ATM1- ATM_mbanking_ebanking request form
4. SB-103- Pay-in-slip
5. SB-7 - Withdrawal Form
6. SB-7A- Application for closure of account on maturity
7. SB-7B- Application for pre-mature closure of account
8. SB-7C- Application for Loan/Withdrawal from RD, PPF and SSA account
9. SB-41- Application for issue of duplicate passbook
10. SB-EXT1 -Application for extension of RD, TD, PPF and SCSS account
11. SB-83- Application for automatic transfer (Standing Instruction)
12. SB-CQE4- Application for availing cheque facility/issue of fresh cheque book in PO Savings Account
Note: - Provision of SB-CQE4a has been incorporated in SB-CQE4, as such SB-CQE4a is now discontinued.
13. Form-5 -Application for Transfer of Account
14. Form-7 - Application for pledging of account
15. Form-10 - Application for cancellation and change of nomination
16. Form-12 - Letter of authority for opening or operate account on behalf of depositor suffering from physical infirmity including blindness
17. Form-11 - Application for settlement of deceased claim case
18. Form-13 - Affidavit
19. Form-14 - Letter of disclaimer
20. Form-15 - Letter of indemnity

2. Current size and specifications being used for AOF, SB-103, SB-7, SB-7A shall remain unchanged. For SB-7B, and SB-7C, specifications of SB-7A will be applicable and for other forms, A-4 size paper will be used for printing.

3. It is requested to circulate this order and specimen of these forms to all concerned for information and necessary guidance.
4. This issues with the approval of Competent Authority.

Yours Faithfully,


29/10/2020
(Devendra Sharma)
Assistant Director (SB-II)

Copy to:-

1. Sr. PPS to Secretary (Posts)
2. PS to Director General Postal Services.
3. PPS/ PS to Addl. DG (Co-ordination)/Member (Banking)/ Member (O)/ Member (P)/ Member (Planning & HRD)/ Member (PLI)/ Member (Tech)/AS & FA
4. Addl. Director General, APS, New Delhi
5. Chief General Manager, BD Directorate / Parcel Directorate / PLI Directorate
6. Sr. Deputy Director General (Vigilance) & CVO) / Sr. Deputy Director General (PAF)
7. Director, RAKNPA / GM, CEPT / Directors of all PTCs
8. Director General P & T (Audit), Civil Lines, New Delhi
9. Secretary, Postal Services Board/ All Deputy Directors General
10. All General Managers (Finance) / Directors Postal Accounts / DDAP
11. Chief Engineer (Civil), Postal Directorate
12. All Sections of Postal Directorate
13. All recognized Federations / Unions/ Associations
14. GM, CEPT for uploading the order on the India Post website.
15. MOF (DEA), NS-II, North Block, New Delhi.
16. Joint Director & HOD, ICCW Building, 4 Deendayal Upadhyay Marg, New Delhi-110002
17. Guard File
18. Spare copies.

FORM -5
(See Rule 13 of Government Savings Promotion Rules, 2018)
Application for transfer of account under National Savings Scheme

To,
The Postmaster/Manager

.....
.....

Sir,

I/we request that my/our Account Number _____ under _____ (Name of the Scheme) with deposit/credit balance of Rupees _____ (in words) _____ standing on the books of the _____ (Name of Account office) may be transferred to the books of the _____ (Name of Account office).

2. The Passbook/deposit receipt/statement of account in original is attached.

Three specimen signatures are given below:-

Dated:

Signature of Depositor/s

Specimen Signature

Name and address of the Depositor/s

1

2

3

Countersigned by Postmaster/Manager

Acknowledgement

Received application for transfer of(Name of scheme) Account No..... in the name ofstanding on books of the (Name of Account office) with balance of Rs.....(Rupees..... only). The particulars/ entries in the Passbook/deposit receipt/statement of account have been checked and the same is returned to the account holder/s.

Seal

Date

Postmaster/Manager Signature

Stamp

Name of Account office

FORM -7
(See Rule16 of Government Savings Promotion Rules, 2018)
Application for pledging of account under National Small Savings Scheme

To
The Postmaster/Manager

.....

Sir,

1. I/We am/are required to deposit an amount of Rs. as security with (official designation of the gazetted officer of the Government or name of the Reserve Bank of India or a Scheduled Bank, Cooperative Bank, Registered Cooperative Society, Corporation, A Government Company or Local Authority). I/We therefore request you to transfer the deposit in Account Number _____ under _____ (Name of scheme) as security in favour of (Official Designation of the Officer or name of the Branch etc to whom the Account is being pledged as security.)

2. I/We agree that the account(s) can be encashed by the pledgee when the security has been forfeited. Nomination vide registration number.....in the account stands cancelled.

Particulars of Account

Account number	Date	Name of Account office	Amount

The authority mentioned above has agreed to accept the pledge. A pledge acceptance duly signed by the competent authority as pledgee is attached.

Dated :

Signature of Depositor

Address

For office use only

Account number _____ has been pledged vide registration no.....dated..... and necessary entries have been marked in the record. Passbook/deposit receipt/statement of account has also been marked with pledge and returned to the account holder.

Signature of Post Master/Manager

Seal

FORM -10
(See Rule14 of Government Savings Promotion Rules, 2018)

Application for cancellation and variation of nomination in an account under National Savings Scheme

Name of the Post Office/Bank..... Account No.....
Name of the scheme_____

To
The Postmaster/Manager
.....
.....

1. I/We being the depositor(s)/guardian of _____(Name of the minor/person of unsound mind) hereby nominate the person(s) named below, to be recipient(s) of the amount standing at the credit of the above mentioned account in the event of death of my/our/minor's/person of unsound mind, before closure of the said account.

S.No.	Name(s) of the nominee(s) and relationship	Full address (s)	Aadhar Number of nominee/s	Date of birth of nominee in case of minor	Share of entitlement	Nature of entitlement Trustee or owner

2. As the nominee(s) at Serial No.(s).....specified above is/are minor(s), I appoint Shri/Smt/Kumari.....S/o,D/o,W/o.....
.....Address.....
.....to receive the sum due under the said account in the event of my death during the minority of the nominee(s).

The above nomination will have the effect marked below

This nomination supersedes the previous nomination made in respect of the said account with registration number _____ date _____.

OR

No nomination has been previously made in respect of the said account.

The passbook/deposit receipt/statement of account is enclosed

Signature or thumb impression of depositor(s)

(Thumb impression should be attested by a person known to the Post Office)

Witnesses

1. Name

2. Name

Address

Signature Signature

For office use only

Nomination registered at Serial Number _____.

Date **Signature and Seal of Postmaster/Manager**



Form-11

(See Rule 15 of Government Savings Promotion Rules, 2018)

Application for settlement of an account of the deceased depositor by nominee or legal heirs under National (Small) Savings Scheme

To
The Postmaster
.....

1. I/we _____ the nominee(s)/ legal heirs of late _____, the depositor to Account no./Savings certificate(s) _____ under _____ (Name of scheme),

apply for withdrawal of entire amount/transfer of the account/certificate(s) in my/our name standing to the credit of the deceased in the said account. In support of the claim, I hereby submit the following documents:-

- (i) Death certificate of depositor/s.
- (ii) Death certificate of Sh./Smt....., also the nominee(s) appointed by the depositor(s). (***)
- (iii) Succession certificate//letters of administration with attested copy of probated will of the deceased depositor issued by _____ competent court. (**)
- (iv) Letter of Indemnity (*)
- (v) Affidavit (*)
- (vi) Letter of disclaimer on affidavit (*)
- (vii) Pass book/deposit receipt/statement of account

Signature/thumb impression of Claimant/s
(Thumb impression should be attested by a person known to the Post office)

Address _____
Mobile No. _____

(Self Attested copy of ID and Address proof of claimant (s) must be attached)

Witness (1).....(Signature)
Name &
Address.....

Mobile Number.....
(Self Attested copy of ID and Address proof must be attached)

Witness (2).....(Signature)
Name &
Address.....

Mobile Number.....
(Self Attested copy of ID and Address proof must be attached)

Witnesses accepted

Signature of Sr. PM/PM/SPM/GDS BPM

Date

(*) To be produced by legal heirs, in the absence of nomination for claims upto Rs.5 lakh.
(**) Strike off if there is a valid nomination.
(***) Strike off if not applicable

For office use only

Claim has been sanctioned by competent authority vide Sanction Memo No. _____
_____ dated _____ (copy attached).

(to be filled if claim is sanctioned by any administrative authority)

Withdrawal of Rs. _____ (Rupees _____ only)
or transfer of account/certificate(s) in the name of claimant(s) is sanctioned.

Signature of Postmaster

Date

Acquittance

(to be filled by claimant/s)

Received Rs . _____ (In figures) _____
_____ (in words) By cheque bearing no _____

Dated _____ /by transfer to PO Savings Account No. _____ or Bank Account
No _____ (IFSC code) in full settlement of my/our claim.

OR

(In case of RD/TD/Savings Certificates)

Please transfer the account/Certificate(s) in my/our name for which Account Opening Form
(AOF) alongwith Annexure-II (KYC Form) and KYC documents are submitted.

Signature/thumb impression of claimant/s
(Thumb impression should be attested by a person known to the Post office)

FORM -12

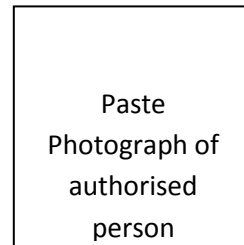
(See Rule 11 of Government Savings Promotion Rules, 2018)

Letter of authority to open or operate an account under National Savings Schemes on behalf of depositor suffering from physical infirmity including blindness

To
The Postmaster/Manager
.....

Sir
I/we _____ depositor of account
number _____ under _____ (Name of
scheme) _____ hereby
authorise Sh./Smt./Ms. _____ w/o, s/o, d/o _____
_in whom I confide and whose photograph and signature are attested below to
operate the said account for the following purposes.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.



Specimen signature of authorised person
1.
2.
3.

Signature of Witness

Signature or thumb impression of Depositors

(Thumb impression should be attested by a person known to the PostOffice).

Name & Address:
Date

FORM -13
(See Rule15 of Government Savings Promotion Rules, 2018)
Affidavit

To,

The Postmaster

.....
.....

Sir,

1. I/We.....
.....husband of/wife of/son of/daughter of
late.....(deceased depositor) resident
of..... do hereby declare and solemnly
affirm as under:-

- (1) That I/we am/are the only heir(s) of late..... (deceased depositor) who died at.....on..... I/We alone represent the estate of late(deceased depositor).
- (2) That late..... (deceased depositor) did not leave any will and therefore I/we am/are the only successor(s) to the estate of the said deceased depositor/s.

- 1.(Signature)
- 2.
- 3.
- 4.

Deponents

Verification: I/we, the above named deponents do hereby verify on solemn affirmation in.....(Name of Place) that the contents of this affidavit are true to my/our knowledge and nothing material has been concealed.

Dated:-

- 1.(Signature)
- 2.
- 3.
- 4.

Deponents

Attested

Oath Commissioner/Notary Public

FORM -14

(See Rule15 of Government Savings Promotion Rules, 2018)

Letter of disclaimer

To,
The Postmaster

.....
.....

Sir,

1. I/We.....
.....husband of/wife of/son
of/daughter of late.....(deceased
depositor) resident of..... do
hereby declare and solemnly affirm as under:-

(1) That late(deceased
depositor) died intestate on..... Leaving behind us as
his/her only heirs.

(2) That I/we.....heirs of
late.....(deceased depositor) for ourselves and on behalf
of our heirs, executors, representatives and assigns do hereby relinquish our
claims to the balance of Rs..... payable to the heirs of
late.....(the deceased) which may be credited
to the account sought by Mr./Ms.....(claimant).
our(mention relation). We have no objection
whatsoever in the balance in the above referred account
No.....together with interest, if any, accrued thereon
being paid by the Post Office to said
Mr./Ms.....(claimant)

- 1.
- 2.
- 3.

Deponents

Verification: I/we, the above named deponents do hereby verify on solemn affirmation that the contents of this affidavit are true to my/our knowledge and nothing material has been concealed.

Dated:-

Deponents

I identify the deponent(s) who is/are personally known to me and who has/have signed in my presence.

Dated:-

Attested
Oath Commissioner/Notary Public

FORM -15
(See Rule15 of Government Savings Promotion Rules, 2018)

Letter of indemnity

To,
The Postmaster

.....
.....

Sir,

1. In consideration of your paying or agreeing to pay me/us.....
....(Name of legal heirs) the sum of Rs.....standing in.....(Name of scheme) account No.....with your.....(name of Accounts office) in the name of.....without production of letters of administration or succession certificate to the estate of the deceased.....(name of the subscriber) or a certificate from the Controller of Estate Duty to the effect that estate duty has been paid or will be paid or none is due,

2.I/We.....
and we.....(sureties) do hereby for ourselves and our heirs, legal representatives, executors and administrators jointly and severally undertake and agree to indemnify you and your successors and assigns against all claims, demand, proceedings, losses damages, charges and expenses which may be raised against or incurred by you by reason or in consequence of having agreed to pay/or paying me/us the sum as aforesaid.

3. In witness whereof we have hereunto set my/our hand at.....on this..... day of.....in the presence of witnesses.

Signed and delivered by the above named heir/heirs of the deceased.

Signed and delivered by the above named sureties

- 1.
- 2.





Signature, names and addresses of witnesses:

- 1.
- 2.


Attested
Notary Public

SB-7

WITHDRAWAL FORM

 <p style="text-align: center;">Application Side(To be filled by depositor)</p> <p>Name of the Post Office..... Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;">D</td><td style="width: 20px;">D</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">Y</td><td style="width: 20px;">Y</td></tr></table></p> <p>Type of Account : <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> MIS <input type="checkbox"/> SCSS <input type="checkbox"/> NSS, Others.....</p> <p>Account No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table></p> <p>NATURE OF PAYMENT :- <input type="checkbox"/> Interest <input type="checkbox"/> Withdrawal</p> <p>Please pay to me / messenger (whose name and signatures are given below) the sum of ₹.....(In figures) ₹(In words).</p> <p>Balance after withdrawal ₹------(in figures)</p> <p style="text-align: right;">Signature or thumb impression of account holder(s)/guardian</p> <p>Name of Messenger</p> <p>Signature of Messenger</p> <p style="text-align: right;">Signature of account holder(s) (Required only if payment is required through messenger)</p> <p>Note:- Aadhaar Seeding required for availing DBT benefits in POSB A/C <input type="checkbox"/> (enclosed prescribed form)</p> <p>Initial of PA Initial of APM/SPM</p> <p>Note:- Please submit passbook along with this form.</p>	D	D	M	M	Y	Y											 <p style="text-align: center;">PAYMENT ORDER(For office use only)</p> <p style="text-align: right;">Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;">D</td><td style="width: 20px;">D</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">Y</td><td style="width: 20px;">Y</td></tr></table></p> <p>Transaction ID</p> <p>Pay ₹.....(In figures) Rupees(in words)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px; margin: 10px; text-align: center;">  </div> </div> <p>Date Stamp Signature of Postmaster</p> <hr/> <p style="text-align: center;">ACQUITANCE (to be filled by depositor/messenger)</p> <p>Received ₹.....(In figures) Rupees (in words).</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px; margin: 10px; text-align: center;">  </div> <p>Date:- Signature or thumb impression of account holder /guardian /messenger</p> <p>Mobile No. PAN No.(if applicable)</p> <p>Attested By _____(Name & Address)</p> <p>(Attestation is applicable in case of thumb impression)</p>	D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y																		
D	D	M	M	Y	Y																		

APPLICATION SIDE (To be filled by depositor)

 Name of the Post Office.....

Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
------	---	---	---	---	---	---	---	---

Type of Account: SB RD TD MIS SCSS PPF SSA KVP NSC, Others.....

Account No.

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

(1) I/We hereby submit pass book and apply for closure of my above mentioned account **matured on** _____.

(2) Please Credit the amount to my SB Account no. _____ standing at _____ (Name of Account office).

OR Please issue account payee cheque
OR Please pay in cash (applicable if the amount is below permissible limit)

*Certified, that the amount sought to be withdrawn is required for the use of _____ who is alive and still a Minor/unsound mind.




Signature or thumb impression of account holder(s)/guardian

Attested By.....(Name & Address)
 (Applicable in case of thumb impression)

Initial of Postal Assistant Initial of Postmaster


PAYMENT ORDER (For office use only)

 Date


D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Transaction ID -----

Payment Details
 Principal:- ₹.....
 Interest due(+):- ₹.....
 Recovery of Interest overpaid (-):- ₹.....
 Deduction (if any) (-):- ₹.....
 Total amount to be paid ₹.....(In figures)
 ₹.....(in words)




Date Stamp



 Signature of Postmaster

ACQUITTANCE (to be filled by depositor)

Received ₹.....(In figures) ₹.....(in words) by Cash or Cheque No..... dated or
 Please credit into my Savings Account No.....



Signature or thumb impression of account holder(s)/guardian

Mobile No.
 Attested By.....(Name & Address)

Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
------	---	---	---	---	---	---	---	---

 (Applicable in case of thumb impression)



APPLICATION SIDE (To be filled by depositor)

Name of the Post Office.....

Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
------	---	---	---	---	---	---	---	---

Type of Account: RD TD MIS SCSS PPF SSA KVP, Others.....

Account No.

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

To
The Postmaster.....Post Office

(1)I/we wish to **prematurely close** my/our Account No _____ having balance of ₹ _____ (₹ _____ Only) and request you to pay the amount after deduction of applicable penalty/any other dues (if applicable any), as per details given below:-

(2)Please Credit the amount to my SB Account no. _____ standing at _____ (Name of Account office).

ORPlease issue account payee cheque.

ORPlease pay in cash (applicable if the amount is below permissible limit)

(3). I/We hereby declare that the provisions under which the account can be closed before maturity under(Name of Scheme) have been complied with. Necessary documents as applicable are attached as under:-

*Certified, that the amount sought to be withdrawn is required for the use ofwho is alive and still a Minor/unsound mind.

✍

Signature or thumb impression of account holder(s)/guardian

Attested By.....(Name & Address)
(Applicable in case of thumb impression)

Initial of Postal Assistant

Initial of Postmaster



PAYMENT ORDER(For office use only)

Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Transaction ID -----

Payment Details

Principal:- ₹.....

Interest due(+):-₹.....

Recovery of Interest overpaid (-):-₹.....

Deduction of penal interest and others (if any) (-):-.....

Total amount to be paid ₹.....(In figures)

₹.....(in words)

✍

Signature of Postmaster

Date Stamp

ACQUITTANCE (to be filled by depositor)

Received ₹.....(In figures) ₹.....

.....(in

words)by Cash or Cheque No..... dated or

Please credit into my Savings Account No.....

✍

Signature or thumb impression of account holder(s)/guardian

Mobile No.

Attested By.....(Name & Address)

Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
------	---	---	---	---	---	---	---	---

 (Applicable in case of thumb impression)

SB-7C

APPLICATION FOR LOAN/WITHDRAWAL FROM RD/PPF AND SSA ACCOUNTS



Application Side (To be filled by depositor)

Name of the Post Office..... Date DD MM YY

Type of Account (tick the required category) : RD PPF SSA

Account No. [grid]

I.....account holder(s)/guardian hareby apply for loan/Withdrawal from my account mentioned above for ₹.....in figures) Rs.....(in words).

* Certified, that the amount sought to be withdrawn to be availed is required for the use ofwho is alive and still a minor or of unsound mind.

2. Please Credit the amount of Loan/ withdrawal to my SB Account No.....standing at (Name of Post Office)

OR Please issue a Account payee Cheque

OR Please pay in Cash (Applicable for below ₹ 20000)

3.I Certify that all the conditions applicable under scheme for grant of Loan/ withdrawal have been complied with.

Necessary documents as applicable are attached as under:-

1 [signature box]
2 [signature box]

Signature or thumb impression of account holder(s)/ guardian

Initial of Postal Assistant

Initial of Postmaster

Attested By.....(Name & Address)

(Attestation is applicable in case of thumb impression)



PAYMENT ORDER (For office use only)

Date DD MM YY

Transaction ID

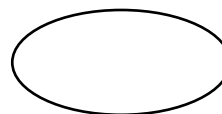
Amount available in Account Rs.....

Date of Initial Subscription

Date on which last Loan/withdrawal was allowed

Total Amount granted for Loan/withdrawal for ₹.....(In figures)

Rupees(in words)



Date Stamp



Signature of Postmaster

ACQUITTANCE (to be filled by depositor)

Received ₹.....(In figures) Rupees

..... (in words) by Cash / Cheque

No..... dated/ by transfer to Account

No.....

Date:-



Signature or thumb impression of account holder/guardian

Mobile No.

PAN No.....

Attested By.....(Name & Address)

(Attestation is applicable in case of thumb impression)

APPLICATION FOR ISSUE OF DUPLICATE PASS BOOK

Sl.No.	Description	To be filled by depositor
1	Account Number and type of National (Small) Savings Scheme	
2	Account Type (Minor/Person of unsound mind, Single/ Joint A/C	
3	Name of Post Office in which Account stands.	
4	If account stands at BO , Name of BO	
5	Name of Account holder(s)	
6	Name of Husband/Father/Mother/Guardian	
7	Address of account holder(s) at the time of opening of account.	
8	Present address of account holder(s)	
9	Date of opening of account and office at which it was originally opened if different from col.3	
10	Date and particulars of last transaction of account	
11	Balance at credit after the last transaction	
12	Name of the PO from which the account was last transferred.	
13	Date and circumstances of loss of Pass Book and result of efforts made to traced it out.	
14	Whether loss was reported to Police and if so with what result. (Not mandatory)	
15	Remarks if any.	

- (i) Particulars given above are true to the best of my/our knowledge and duplicate pass book may please be issued.
- (ii) I/we shall surrender this pass book (in case of duplicate issued in lieu of torn and spoilt one).
- (iii) The prescribed fee of Rs. has been paid through receipt No..... dated..... (Please score out if exemption has been granted).
- (iv)

Note:- 1. Submit the self-attested copies of the KYC Documents.

2. In case of Joint Account, signature/KYC of all Joint account holders required.

Signature/Thumb impression of account holder(s)

Particulars as given in the application have been verified with the records.

Signature of SPM/PM with designation stamp.

Part-II

Duplicate pass book may be issued / may not be issued.

Signature of Postmaster with designation stamp

Part-III

Duplicate pass book of Account No. with balance Rs. received on

Date Stamp of PO

Signature/Thumb Impression of account holder(s)

Witness (In case of illiterate depositor(s))

Signature of witness

Name and Full Address of witness.

Department of Posts

Application for availing the facility of automatic transfer (Standing Instructions)

To,

The Postmaster

..... Post Office

Sir

I/We hereby request that :-

*(a) A sum of (total of below mentioned amount) Rs may be debited every month from my PO Savings Account No. and credit in to my/our below mentioned RD account(s) standing in my/our name(s)/the name of my spouse/dependant child.

Sl.No.	RD Account no.	Name of depositor(s)	Denomination Amount	Credit till date.

*(b) My/our monthly/Quarterly/Yearly interest from under mentioned MIS/SCSS/TD interest may be credited in my/our PO Savings Account No.

Sl.No.	MIS/SCSS/TD Account no.	Name of depositor(s)	Interest Amount

I/We hereby declare that the conditions subject to which the facility of automatic transfer is permissible have been read by me/us and I/We accept all the said conditions mentioned in POSB(CBS) Manual/POSB Manual Volume I and all such amendments thereto as may be issued from time to time as binding upon me/us. The passbooks of Savings and RD/MIS/SCSS/TD accounts concerned are enclosed.

* strike out if not applicable

Date

Signature(s) of Depositor(s)

POST OFFICE SAVINGS BANK
(Counterfoil for customer)

.....Post Office Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Account Type :-
 SB RD TD MIS SCSS PPF SSA KVP NSC, Others....

Account Number

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

Pay into the credit of Mr./Mrs./Ms. :

Rupees (In words).....

by Cash/DD/Cheque No.....

Date:.....(subject to realization) ₹...../

Bank's Name and IFSC Code:.....

Break up of Deposit:

In case of RD:- for the month(s)

Rebate amount.....Default amount

In case of PPF/SSA:- for the Financial year.....

Default amount

Loan Repayment..... Interest on loan

Dated Stamp

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

Initial of PA/SPM/GDS BPM

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

POST OFFICE SAVINGS BANK

Account Type:- SB RD TD MIS SCSS PPF SSA KVP NSC, Others....

.....Post Office Transaction ID:.....

Account Number

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

 Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Pay into the credit of Mr./Mrs./Ms.

Rupees (in words):

by Cash/DD/Cheque No.....Date:.....(subject to realization) ₹...../

Bank's Name..... Bank Branch IFS Code

Break up of Deposit:

In case of RD:- for the month(s) rebate Amount.....default Amount.....

In case of PPF/SSA:- for the Financial Year..... default Amount

Loan Repayment..... Interest on loan

Date Stamp

Initial of PA/SPM/GDS BPM

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

Signature of Depositor

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

Note:- Aadhaar Seeding required for availing DBT benefits in POSB A/C

(prescribed form to be enclosed) Mobile No. PAN No.....(if required)

Depositor Name & Address

SB - Savings Account, RD- Recurring Deposit, MIS- Monthly Income Scheme, SCSS- Senior Citizen Saving Scheme, PPF- Public Provident Fund, SSA - SukanyaSamridhhiAccount, TD-Time Deposit(1/2/3/5 year), KVP-KisanVikasPatra, NSC-National Savings Certificates VIIIth Issue

**POST OFFICE SAVINGS BANK
APPLICATION FOR OPENING OF ACCOUNT/PURCHASE OF CERTIFICATE
FOR USE OF POST OFFICE**



Post Office		Tran-ID		SOL ID		Date of Maturity	
Account Number				CIF-ID (1)			
CIF-ID (2)				CIF-ID (3)			

Instructions: i. Please tick (✓) the appropriate box, ii) Use CAPITAL LETTERS only while filling in the application form iii) Submit the self-attested copies of the Documents.

To
The Postmaster
.....
.....

Paste photograph
of applicant/s

Paste photograph
of applicant/s

Paste photograph
of applicant/s

Madam/Sir,

I/We(Applicant/guardian) hereby apply for opening of an account under(Savings/RD/ 1,2,3,5 Years TD/MIS/SCSS/PPF/SSA/KVP/NSC VIIIth Issue)scheme in your Post office in my/our name(s)/in the name of minor or person of unsound mind.

<p>(i) Additional Facilities available (For Post Office Savings Account) (a) Cheque Book required:- <input type="checkbox"/> , (b) IPPB A/C <input type="checkbox"/></p> <p>(c) Aadhaar Seeding <input type="checkbox"/> ATM Card <input type="checkbox"/> Internet Banking <input type="checkbox"/> Mobile Banking <input type="checkbox"/> (Prescribed form to be enclosed)</p> <p>(d) Insurance/Pension products: - PMSBY <input type="checkbox"/> PMJJBY <input type="checkbox"/> APY <input type="checkbox"/> (Prescribed form to be enclosed)</p>
--

(ii) Account Holder Type: - Self Minor through Guardian Person of unsound mind through guardian.

(iii) Account Type: - Single Either or Survivor (Joint B) All or Survivor(s) (Joint A)

1. In case of account opened in the name Minor/ Person of unsound mind.

Name of Minor/ Person of unsound mind	Date of Birth(DD/MM/YYYY) in words	Gender (M/F/O)	Name of Guardian, Relationship and status – Natural or Legal
1.			
2.	Details of proof of age of minor along with its date of Issue and Issuing Authority (In case of SSA A/c Birth Certificate is mandatory)		

2. I/We tender herewith Rs...../-(Rs.....(In words) in cash/DD/Cheque No..... date..... as initial deposit. My/Our particulars are as under:-

Particulars	1 st Applicant	2 nd Applicant	3 rd Applicant
Name of the Applicant/ Guardian			
Name of Husband/ Father/ Mother			
Gender (M/F/O)			
Date of Birth (DD/MM/YYYY) and In words (mandatory)			
Aadhaar Number			
PAN Number*			
CIF ID (existing A/Cs holders)			
Present Address:- House/Locality/Village & Post Office/City/District/ State/Pin Code			
Permanent Address:- House/Locality/Village & Post Office/ City/ District/ State/Pin Code			
Telephone No./Mobile No.*			
E-mail ID			
ID Proof (Document No./Date of Issue/ Issuing Authority)			
Address Proof (Document No./Date of Issue/ Issuing Authority)			
For SCSS Account details of proof of age (Doc. No., issue Date and Issuing Authority)			

(If Aadhaar Card/proof of enrolment of Aadhaar is not provided, any of the following documents can be accepted as valid documents for the purpose of identification and address proof) :- 1. Passport 2. Driving license 3. Voter's ID card 4. Job card issued by Mnregs signed by the State Government officer 5. Letter issued by the National Population Register containing details of name and address.

Note:- As per PMLA Act-2002, if balance/investment in all accounts are 10 Lakh & above, customer has to submit copy of document showing source of receipt of funds tendered for investment.

Specimen Signatures

1.....1.....1.....
2.....2.....2.....
3.....3.....3.....

Name:-.....Name:-.....Name:-.....

3. Declarations

General:-(1) I/We hereby undertake to abide by the scheme provisions and Government Savings Promotion Rules, 2018 applicable on the Scheme and amendments issued thereto from time to time.

(Details available at <https://www.indiapost.gov.in/VAS/Pages/RTI/RTI-Manual-5.aspx>)

(2) I/We further declare that I/We/Minor/person of unsound mind is/are Resident citizen of India and undertake to inform the account office of any change in My/our residency/citizenship status in future.

(3) I hereby agree that account will be operated by me till account holder attained age of 18 years and thereafter, account holder will operate the account. (In case of SSA and Minor Account opened through Guardian).

(4) In case services of SAS/MPKBY Agent are taken: -

Name of Agent Authority No..... Date of validity.....

(5) Standing Instruction (i.e. MIS to SB, SB to RD etc.) if any.....

TD :- Extension/Renewal of account required after maturity :-

SSA :- I hereby declare that no other account has been opened under Sukanya Samridhi Account in the name of the depositor in any of the Post office/Bank in the country.

PPF :-(1) I hereby declare that no other account has been opened under Public Provident Fund Account in the name of the myself/minor in any of the Post office/Bank in the country.

(2) I further declare that I will abide by the ceiling of maximum deposit in the accounts opened in my name and in the name of minors as per provision of the scheme and any deposit in excess of the ceiling will be treated as in contravention to the Scheme provisions.

MIS/SCSS :- I/We hereby declare details of my/Our existing accounts* as on today under "National Savings Monthly Income Account/ Senior Citizen Savings Scheme" in any of the Post Office/Bank in the country.

Sl.No.	Name of Scheme (MIS or SCSS)	Date of opening of account	Amount deposited	Customer Identification Number (CIF No.)	Account Number	Name of Post Office/Bank
1						
2						

*If number of accounts is more, details of all accounts should be filled and attached as annexure duly signed.

Please tick (V) the appropriate box

Date:-

Signature or thumb impression of Applicant(s)/Guardian

4. Nomination

I/We.....hereby nominate the person(s) mentioned below to whom to the exclusion of all other persons in the event of my death the amount standing to my credit in(Name of Scheme) at the time of my death would be payable.

S.No.	Name(s) of the nominee(s) and relationship	Full address (s)	Aadhaar number of nominee (optional)	Date of birth of nominee in case of minor nominee	Share of entitlement	Nature of entitlement Trustee or owner
1						
2						
3						
4						

As the nominee(s) at Serial No.(s).....specified above is/are minor(s), I/We appoint Shri/Smt/Kumari.....S/o,D/o,W/o.....

Address.....to

receive the sum due under the said account in the event of my/Our death during the minority of the nominee(s).

(In case, applicant(s) is/are illiterate)

1. Signature of witness.....

Name & Address.....

2. Signature of witness.....

Name & Address.....

Place:

Date:

Signature or thumb impression of Applicant(s)/Guardian

FOR USE OF POST OFFICE

I have carefully examined this application and Identification as well as address proof documents submitted. Opening of account is approved.

Account has been opened in the name of.....with Rs.....on..... (Date) underscheme vide A/c No. dated

Nomination registration details:-

Date Stamp	Signature of GDS Branch Post Master Name Stamp of EDBO	Date Stamp	Signature of Sub/Asst./Head Post Master Designation stamp
------------	---	------------	--



SB-ATM1

POST OFFICE SAVINGS BANK
ATM Card/Internet/Mobile/SMS banking service request form

Please fill the application in block letters only

Post Office _____	Date _____ (dd/mm/yyyy)
*CIF ID	* Primary Account ID

1. *Applicant's Name

First Name																						
Middle Name																						
*Last Name																						

2. *ATM Card required for (please tick \checkmark the relevant box)

(a) Self		(b) Joint "B" Account Holder		(c) Not Needed	
----------	--	------------------------------	--	----------------	--

3. * Please provide the below details:

Mobile Number		PAN Number	
Email ID			
Date of Birth(DD-MM-YYYY)		Mother's Maiden Name	

4. *Please tick relevant requirement from below options

SI No	Request type	Tick \checkmark the relevant option																						
a.	Instant ATM Card																							
b.	New Personalized ATM card (or) Replaced Personalized ATM card Name to be printed on the card (Not exceeding 21 characters including space) <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							New request
Replacement request																								
c.	Replacement with Instant ATM card																							
d.	ATM card PIN request																							
e.	ATM card hot-listing / closure request (Provide last 4 digits of the card number for closure only)																							
f.	Internet Banking and Mobile Banking																							
g.	Internet Banking																							
h.	SMS Banking																							
i.	Linking of Secondary accounts existing active ATM card (Should be done once primary account card is activated)	Provide SB Account IDs to be linked																						
		1																						
		2																						

Note : For availing Mobile Banking services, Internet Banking is mandatory.

(* marked fields are Mandatory fields)

Declaration

I/We declare that above information is correct. I/We authorize Department of Posts to debit/ recover the charges as applicable from time to time from my/our account for withdrawals using my ATM Card or Internet/Mobile/SMS Banking. I/We undertake to maintain sufficient funds excluding the minimum balance stipulated in my account. I/We will accept full responsibility for transactions done through my/our ATM Card or Internet/Mobile/SMS Banking and agree not to make claims against Department of Posts.

Terms and conditions for Internet/Mobile/SMS banking: I/We have read the provisions contained in the terms and conditions document available in India post internet banking website and I/We agree that transactions executed over India post internet /Mobile /SMS banking using my/our user ID and password will be binding on me/us.

Terms and conditions for ATM card usage: -I/We agree to the terms and conditions printed below.

Terms and Conditions for usage of DOP ATM card

The Terms and Conditions under which the DOP ATM Card has been issued are mentioned below for your guidance.

(a) Terms used here

- DOP refers to Department of Posts.
- Card means DOP ATM Card issued to customer.
- Cardholder means customer who has been issued DOP ATM Card.
- PIN mean a 4-digit number allotted to the card holder.

(b) Card

- The Card is the property of DOP and shall be returned unconditionally and immediately to DOP upon request by DOP.
- DOP reserves the right to cancel the Card and stop its operations unilaterally without assigning any reason.
- The Card is non- transferable.
- PIN/OTP: The Cardholder acknowledges, represents and warrants that the PIN/OTP provides access to the designated account(s) and that the Cardholder accepts the sole responsibility for use, confidentiality and protection of the PIN/OTP, as well as for all mandates and information changes entered in to the account using such PIN/OTP. The Cardholder shall not record the PIN/OTP in any form so as to protect the PIN/OTP from falling into the hands of a third party. The Cardholder grants express authority to DOP for carrying out transactions and instructions authenticated by the PIN/OTP and shall not revoke the same. DOP has no obligation to verify the authenticity of the transaction instruction sent or purported to have been sent from the Cardholder other than by means of verification of the Cardholder's PIN/OTP. The Card, therefore, should remain in Cardholder's possession and should not be handed over to anyone else. The Card is issued on the condition that DOP bears no liability for the unauthorized use of the Card. This responsibility is fully that of the Cardholder. Further DOP will not be responsible for any loss either direct or indirect on account of ATM failure/malfunctioning.

(c) Loss of Card

- The Cardholder should immediately block the Card through the available channels (i.e., through call centre or any DOP Branch)
- The Cardholder is responsible for the security of the Card and shall take all steps towards ensuring the safekeeping thereof. Further, in the event, DOP determines that the aforementioned steps are not complied with, financial liability on the lost or stolen Card would rest with the Cardholder.
- Fresh Card will be issued in replacement of lost/damaged Card.
- DOP has the authority of the Cardholder to debit the designated account of the Cardholder for all withdrawals and payments effected by or purported to be effected by the Cardholder using the Card, as evidenced by the records, which will be conclusive and binding on the Cardholder. The Cardholder expressly authorizes DOP to debit the designated account with service charges (if any) notified by DOP from time to time. Please visit www.indiapost.gov.in for the updated service charges.

(d) Transactions:

- The transactions record generated by an ATM or POS terminal/e-Commerce will be binding on the Cardholder and it will be conclusive unless verified otherwise and corrected by DOP. The verified and corrected amount will be binding on the Cardholder.
- **Closing of Accounts:** The Cardholder wishing to close the designated account and surrender the Card will first have to give application in writing and surrender the Card along with the application.
- **Validity of Card:** The validity of the Card is printed on the face of the Card. The Card is valid through to the last date of the month of expiry.
- **Renewal of Card:** DOP will automatically renew the card, free of cost on it's expiry.
- **Help line :** For more information and help, please call DOP's tollfree number i.e. 1800-425-2440. Toll free numbers are accessible from all landlines and mobile phones in the country.
- **Transaction charges:** The Cardholder's account is liable to be debited with the additional charges for transaction(s) made at ATMs owned by the banks other than DOP beyond the permissible limits. Please visit www.indiapost.gov.in for the updates.

(e) Fees and Charges:

- The annual fee for the Card will be debited to the primary account linked with the Card on application/renewal at DOP's prevailing rate. The fee is non-refundable. The cardholder shall maintain at all times such minimum balance in the designated account, as DOP may stipulate from time to time. DOP reserves the right at any time to charge the cardholder for the issue or reissue of a Card and/or any fee/charges for the transactions carried out by the cardholder on the Card.

(f) Additional Terms

- DOP reserves the right to introduce new facilities or remove existing facilities as and when warranted, without assigning any reasons thereof. DOP may, at its discretion, refuse any application for the Card without assigning any reason. Fee charged (if any) for the use of the Card is non-refundable under any circumstances. DOP has the right to withdraw the privilege attached to the Card and to call upon the Cardholder to surrender the Card through any representative of DOP, without assigning any reason.
- Use of the Card shall be terminated without notice, upon receiving intimation of the death, bankruptcy or insolvency of the Cardholder or on receipt of a letter from any one of the joint account holders changing the operative clause, receipt of an attachment order from a Competent court or revenue authority or from RBI due to violation of FEMA/Exchange Control Regulations, or for other valid reasons or when the whereabouts of the Cardholder become unknown to DOP due to any cause attributable to the Cardholder.
- The ATM service is for withdrawing cash against the balance that is already available in your account. It is therefore the Cardholder's obligation to maintain sufficient balance in the designated account to meet cash withdrawals and service charges. DOP at its absolute discretion may amend the Terms and Conditions governing ATM services.

Date:-

Signature of the applicant

For Office Use only

Certified that the customer submitted the application in person across the counter and KYC documents, signature and photograph of the customer are duly verified and updated at CIF level. Please collect fresh KYC and get it uploaded, if photograph and signature are not available in CBS.

SOL ID

Type of Request	Type of service	Maker User ID	Checker User ID
ATM related services			
Internet/Mob/SMS Banking			

Date Stamp of Post Office

Signature of Chief/Sr./Head/Sub Postmaster

Department of Posts

APPLICATION FOR AVAILING CHEQUE FACILITY/ISSUE FRESH CHEQUE BOOK IN POST OFFICE SAVINGS ACCOUNT

To,
The Postmaster
..... (Post Office)

(1) *(a) Please permit me/us to avail of the cheque facility in my savings account.
(b) Issue fresh cheque book for my/our PO Savings Account No.
standing open at your office with a balance of Rs. My Mobile No. is
.....

2. I/we hereby declare that I/we have read the conditions governing the facility of cheque system in the Post Office Savings Bank Accounts as laid down in relevant rule of Post Office Savings Account Rules 2019 and Appendix-II of POSB (CBS) Manual and that I/we accept all the aforesaid conditions, and such amendments thereto as may be issued from time to time, as binding upon me/us.

*3. The applicable charges (if any) Rs.....has been deposited vide receipt no.
..... dated

*4. Please send cheque book to me by registered post at the following address and deduct charges for registered post from my Savings Account :-

**5. I/we hereby submit my/our updated Identity and Address proof documents and photograph.

Date: - Signature(s) of the Depositor(s)
*strike out, if not applicable. Name of depositor(s)
** If ID, Address Proof and photograph already updated, then there is no need for fresh documents.

TO BE FILLED IN BY POST OFFICE

Certified that, Mobile number and KYC document of depositor(s) is/are updated in Finacle Application.

Cheque Book to Account No. containingCheques with

Cheque Nos.....to issued on

Initials of Counter Assistant

Signature of Postmaster

ACKNOWLEDGEMENT OF DEPOSITOR(S) FOR CHEQUE BOOK

I/we hereby acknowledge receipt of the Cheque Book containing cheques No. to
..... which I/we have counted and found correct and in proper serial order.

Date: - Signature of Depositor(s)
or

Cheque Book has been dispatched by Registered letter no. dated

Date:- Signature of Postmaster

SB-EXT1



Application for extension of RD/TD/PPF/SCSS Account

To,

The Postmaster

.....

Sir,

1. I/We _____ is/are depositor of
Account Number _____ under (Recurring
Deposit/National Savings Time Deposit Scheme for 1/2/3/5 years/ Public
Provident Fund/ Sr. Citizen Savings Scheme) in your office. The said account was
opened on _____ and has/will mature on _____ for payment.

2. I/We hereby request for extension of the account for a further period of _____
year(s) in case of RD and TD/Block period of 5 years in case of PPF/Block period of 3
years in case of SCSS, as per applicable scheme provisions from the date of
maturity of the above said account.

3. I/We have understood the terms and conditions applicable to the account during
the period of extension under the said scheme as amended from time to time and
shall abide by them.

4. I/We hereby declare that I/We, and the minor(in case of minor account)
continues to be Resident Citizen of India at the time of commencement of the
extension period.

Place:

Date:

Signature of the account holder(s)/guardian
(Name and address)

For the use of Post Office

The account no. which was opened on with Rs.
.....(Rupees) under (Name
of scheme) and matured on, has been extended for a period of
..... years with effect from to under scheme
provisions.

Necessary entries have been made in the records and pass book/deposit receipt/
statement of account.

Place:

Date:

Signature of Postmaster

Seal

SB-KYC



**POST OFFICE SAVINGS BANK
NEW/CHANGE KYC (Know Your Customer) Form
(to be sent to respective CPC)**

	Signature	Recent Photograph
Applicant(1) Name:-	(1)	
CIF ID No.	(2)	
Account /Registration No.		
Applicant(2) Name:-	(1)	
CIF ID No.	(2)	
Account /Registration No.		
Applicant(3) Name:-	(1)	
CIF ID No.	(2)	
Account /Registration No.		

Please fill all the information below in case of new account and only relevant information in case of change in KYC.

Name (in Capital letters)			
Flat/House Number		Locality	
Road		Landmark	
Village/Town/City		District	
Pincode		State	
Mobile Number		Email ID	
Aadhar number		PAN Number	

I do hereby submit photo copy of the following documents (self attested) for the proof of:-

Proof of identity (doc.no./date/issuing authority)	
Proof of address (doc.no./date/issuing authority)	

I do hereby solemnly declare that the information provided above with respect to my account is up to date and correct.

Signature/Thumb impression:- 1st Applicant 2nd Applicant 3rd Applicant
(in case of Joint A/c, all applicants have to sign)

FOR OFFICE USE ONLY

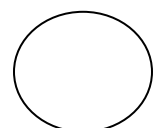
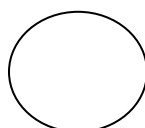
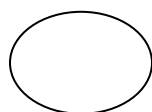
Certified that I have verified the documents submitted with this application form and confirm that KYC norms are fully complied with.

Signature of GDS BPM
Date:-

Signature of SPM

Signature of Postmaster

Date Stamp



प्रारूप-5

(सरकारी बचत संवर्धन नियम, 2018 का नियम 13 देखें)
राष्ट्रीय (अल्प) बचत योजना के अधीन खाते के स्थानांतरण के लिए आवेदन

सेवामें,

डाकपाल/प्रबंधक

.....
.....

महोदय,

मैं/हम अनुरोध करते हैं कि (योजना का नाम) के
अधीन मेरा/हमारा खाता संख्या में
..... (शब्दों में) की जमा राशि/जमा शेष है जो
..... (लेखा कार्यालय का नाम) की बही में है, उसे (लेखा
कार्यालय का नाम) की बही में स्थानांतरित किया जाए ।

2. मूल रूप में पास बुक/जमारसीद/खाता विवरण संलग्न है ।

तीन नमूना हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं :-

तारीख :.....

जमाकर्ता/जमाकर्ताओं के हस्ताक्षर

नमूना हस्ताक्षर

जमाकर्ता/जमाकर्ताओं के नाम और पता

1.....

2.....

3.....

डाकपाल/प्रबंधक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित

पावती

..... के नाम पर(योजना का
नाम) खाता संख्या (लेखा कार्यालय का नाम) की बही में
..... (रूपये) के स्थानांतरण के
लिए आवेदन प्राप्त हुआ है । विवरण/पासबुक में प्रविष्टि/जमारसीद/खाता के विवरण की जांच की गई
है और इसे खाताधारक/धारकों को वापस किया जाता है ।

तारीख

डाकपाल/प्रबंधक के हस्ताक्षर

मुहर

लेखा कार्यालय का नाम

प्रारूप-7
(सरकारी बचत संवर्धन नियम, 2018 का नियम 16 देखें)
राष्ट्रीय (अल्प) बचत योजना के अधीन खाता गिरवी रखने हेतु आवेदन

सेवामें,

डाकपाल / प्रबंधक

.....
.....

महोदय,

1. मुझे/हमें (राजपत्रित अधिकारी का पदनाम या भारतीय रिजर्व बैंक या अनुसूचित बैंक, सहकारी बैंक, पंजीकृत सहकारी सोसायटी, निगम, सरकारी कंपनी या स्थानीय प्राधिकरण का नाम) के पास प्रतिभूति के रूप में रूपये की राशि जमा करने की आवश्यकता है। अतः मैं/हम, आपसे (योजना का नाम) के अधीन खाता संख्या में जमा राशि को (अधिकारी का सरकारी पदनाम या शाखा का नाम आदि जिसके पास प्रतिभूति के रूप में खाते को गिरवी रखा जा रहा है), के पक्ष में प्रतिभूति के रूप में स्थानांतरित करने का अनुरोध करते हैं।

2. मैं/हम सहमत हैं कि खाता/खातों को प्रतिभूति जब्त होने पर गिरवीकर्ता के द्वारा, नकदीकरण किया जा सकता है। खाते में पंजीकरण संख्या द्वारा किया गया नामांकन निरस्त हुआ मान लिया जायेगा।

खाते का विवरण

खाता संख्या	तारीख	लेखाकार्यालय का नाम	राशि

उपर्युक्त प्राधिकारी ने गिरवी स्वीकार करने के लिए सहमति दे। गिरवीकर्ता के रूप में सक्षम प्राधिकारी द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित गिरवी की स्वीकृति संलग्न है।

तारीख :-

जमाकर्ता (ओं) के हस्ताक्षर
पता

केवल कार्यालय के उपयोग के लिये

खाता संख्या पंजीकरण संख्या तारीख

..... द्वारा गिरवी रखा गया है और रिकॉर्ड में आवश्यक प्रविष्टियां कर दी गई हैं।

पासबुक / जमा रसीद / खाता विवरण में भी गिरवी के संबंध में प्रविष्टि कर ली है और खाताधारक को लौटा दिया गया है।

तारीख:-

डाकपाल / प्रबंधक के हस्ताक्षर
मुहर

राष्ट्रीय (अल्प) बचत योजना के अधीन खाते में नामांकन के निरस्तीकरण और परिवर्तन हेतु आवेदन

डाकघर का नाम खाता संख्या

योजना का नाम
सेवा में,
डाकपाल

मैं/हम (अव्यस्क/विकृतचित्त व्यक्ति का नाम) के संरक्षक होने के नाते मेरी/हमारी/अव्यस्क की /विकृतचित्त व्यक्ति की की मृत्यु होने की की स्थिति में उक्त खाता बंद कये जाने से पूर्व, मे जमा राशि प्राप्त करने हेतु निम्नलिखित व्यक्ति(यों) को नामित करता हूँ/करते हैं ।

क्रम संख्या	नामांकित/नामांकितो के नाम तथा जमाकर्ता के साथ संबंध	पूरा पता	नामिती/नामितियों की आधार संख्या	नामांकित की जन्मतिथि (अव्यस्क के मामले में)	हकदारी का हिस्सा	हकदारी का स्वरूप न्यासी या स्वामी

2. चूंकि ऊपर विनिर्दिष्ट क्रम संख्या पर दशर्या गया नामिती अव्यस्क है/हैं, नामिती/नामितियों के अव्यस्क रहने के दौरान मेरी मृत्यु होने की दशा में उक्त खाते के अधीन देय राशि को प्राप्त करने के लिए मैं श्री/श्रीमती/कुमारी पुत्र/पुत्री/पत्नी/ पता.....को नियुक्त करता हूँ/करते हैं ।

उपर्युक्त नामांकन निम्नानुसार प्रभावी होगा

यह नामांकन पंजीकरण संख्या तारीख को उक्त खाते के संबंध में किए गए , पहले के नामांकन को निरस्त करता हूँ/हैं ।

या

उक्त खाते के संबंध में पहले कोई नामांकन नहीं किया गया है ।

पासबुक/जमा रसीद/खाता विवरण संलग्न है ।

दिनांक:-

जमाकर्ता/जमाकर्ताओं के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

(अंगूठे का निशान उस व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए जिससे डाकघर के कार्मिक परिचित हो) अभिसाक्षी

1. नाम
पता.....
हस्ताक्षर

2. नाम
पता
हस्ताक्षर?

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

नामांकन का पंजीकरण क्रम संख्या पर दिनांक को किया गया ।

दिनांक:-

डाकपाल के हस्ताक्षर एवं मोहर

प्रारूप-11

राष्ट्रीय (अल्प) बचत योजना के अधीन नामिती/विधिक उत्तराधिकारियों द्वारा मृतक जमाकर्ता के खाते का निपटान करने हेतु आवेदन प्रपत्र

सेवामें,

डाकपाल

.....

.....

महोदय,

मैं/हम स्वर्गीय श्री/श्रीमती जो (योजना का नाम) के अधीन खाता संख्या/बचत पत्र के जमाकर्ता थे, का नामिती/विधिक उत्तराधिकारी हूँ/हैं, उक्त खाते में मृतक के नाम जमा समग्र राशि को आहरित करने के लिए आवेदन करता हूँ/करते हैं। अपने दावे के समर्थन में, मैं एतद्वारा निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत करता हूँ:-

1. जमाकर्ता (ओं) का मृत्यु प्रमाणपत्र
2. जमाकर्ता (ओं) द्वारा नियुक्त नामिती (ओं) श्री/श्रीमती का भी मृत्यु प्रमाण पत्र (***)
3. सक्षम न्यायालय द्वारा जारी मृतक जमाकर्ता के प्रमाणित इच्छापत्र की सत्यापित प्रति सहित उत्तराधिकार प्रमाण पत्र/प्रशसन के पत्र (**)
4. क्षतिपूर्ति पत्र (*)
5. शपथ पत्र (*)
6. शपथपत्र पर अस्वीकरण पत्र (*)
7. पासबुक/जमा रसीद/खाता विवरण

दावेदार (रों) के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

पता

मोबाइल न.

(दावेदार/दावेदारों के पहचान पत्र व पते का प्रमाण संलग्न करें)

गवाह (1) हस्ताक्षर

मोबाइल न.

नाम और पता..... (पहचान पत्र तथा पते की स्वप्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न करें)

.....

गवाह (2) हस्ताक्षर

मोबाइल संख्या

नाम और पता..... (पहचान पत्र तथा पते की स्वप्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न करें)

.....

गवाही स्वीकृत की गई

वरि. डाकपाल/डाकपाल/उप डाकपाल/जीडीएस बीपीएल के हस्ताक्षर

दिनांक :-

तारीख :-

(*) रु 5 लाख तक के दावों के लिए नामांकन के अभाव में, विधिक उत्तराधिकारियों द्वारा प्रस्तुत किया जाएगा।

(**) यदि विधि मान्य नामांकन है, तो काट दें।

(***) यदि लागू नहीं, तो काट दें।

कार्यालय उपयोग के लिए

सक्षम अधिकारी द्वारा संस्वीकृति ज्ञापन संख्या.....दिनांक के तहत दावा संस्वीकृत किया गया है। (प्रतिलिपि संलग्न)
(दावे को किसी प्रशासनिक अधिकारी द्वारा संस्वीकृत किया जाने पर इसे भरा जाए)

रु (रूपये मात्र) का आहरण
अथवा दावेदार/दावेदारों के नाम बचत पत्र/खाते का हस्तांतरण संस्वीकृत किया गया है।

डाकपाल/प्रबंधक के हस्ताक्षर

तारीख

रसीद
(दावेदार (रों) द्वारा भरा जाए)

रु (अंकों में) (शब्दों में) चेकसंख्या
..... दिनांकद्वारा./डाकघर बचत खाता संख्याअथवा बैंक खाता संख्या ...
..... (IFSC कोड) में अंतरण द्वारा मेरे/हमारे दावे के पूर्ण निपटान के रूप में प्राप्त किए ।

या
(आवर्ती जमा/सावधि जमा/बचत पत्रों के मामले में)
कृपया उक्त खाता/बचत पत्र को मेरे/हमारे नाम पर हस्तांतरित किया जाये जिसके लिए खाता खोलने का फॉर्म,
KYC फॉर्म तथा KYC दस्तावेज संलग्न हैं ।

तारीख :-

दावेदार (रों) के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
(अंगूठा निशान किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा अनुप्रमाणित कराया जाए जिससे डाकघर परिचित हो)

प्रारूप-12
(सरकारी बचत संवर्धन नियम, 2018 का नियम 11 देखें)

नेत्रहीनता सहित शारीरिक अशक्तता से पीड़ित जमाकर्ताओं की ओर से राष्ट्रीय बचत योजनाओं के अधीन खाता खोलने या परिचालन हेतु प्राधिकार पत्र

सेवामें,

डाकपाल / प्रबंधक
.....

महोदय,

मैं / हम (जमाकर्ता का नाम) (योजना का नाम) के अधीन खाता संख्या का / के जमाकर्ता श्री / श्रीमती / सुश्री पत्नी / सपुत्र / ससुत्री जिस पर मैं भरोसा करता / करती हूँ और जिसकी फोटो तथा हस्ताक्षर नीचे सत्यापित किए गये हैं, को निम्नलिखित प्रयोजनों के लिए उक्त खाते का संचालन करने के लिए प्राधिकृत करता / करती हूँ ।

- 1.
- 2.
- 3.
- 7.

प्राधिकृत व्यक्ति की
फोटो चिपकाएं ।

प्राधिकृत व्यक्ति के नमूना हस्ताक्षर

- 1.
- 2.
- 3.

.....
साक्षी के हस्ताक्षर

.....
जमाकर्ता (ओं) के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

अंगूठा का निशान को उस व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए जिसे डाकघर जानता हो ।

नाम और पता:

तारीख:.....

फॉर्म-13
(सरकारी बचत संवर्धन नियम, 2018 का नियम 15 देखें)

शपथ पत्र

सेवा में,

डाकपाल

.....
.....

महोदय,

मैं/हमस्वर्गीय
.....(मृतक जमाकर्ता) का पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री, निवासी
.....एतद्वारा यह घोषणा तथा निम्नवत सत्यनिष्ठापूर्वक पुष्टि करता
हूँ/करते है :-

(1) कि केवल मैं/हम ही स्वर्गीय
.....(मृतक जमाकर्ता) जिनका देहान्त में
.....को हो गया है, का उत्तराधिकारी हूँ/के उत्तराधिकारी हैं । मैं अकेला/हम अकेले ही
स्वर्गीय (मृतक जमाकर्ता) की संपदा का प्रतिनिधित्व करता हूँ/करते है ।

(2) कि स्वर्गीय (मृतक जमाकर्ता) ने कोई वसीयत नहीं की
है और इसलिए केवल मैं/हम उक्त मृतक जमाकर्ता (ओं) की संपदा के एकमात्र उत्तराधिकारी हूँ/है ।

- 1..... (हस्ताक्षर)
- 2.....
- 3.....
- 4.....

अभिसाक्षी

सत्यापन:- मैं/हम, (स्थान का नाम) में, उपर्युक्त अभिसाक्षी एतद्वारा
सत्यनिष्ठापूर्वक पुष्टि करते हुए सत्यापित करता हूँ/करते है कि इस शपथपत्र में निहित सूचना
मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार सही है और कोई भी तथ्य छिपाया नहीं गया है ।

दिनांक:

- 1..... (हस्ताक्षर)
- 2.....
- 3.....
- 4.....

अभिसाक्षी

शपथ आयुक्त/नोटरी पब्लिक

अनुप्रमाणित

प्रारूप-14
(सरकारी बचत संवर्धन नियम, 2018 का नियम 15 देखें)

दावा परित्याग पत्र

सेवामें,

डाकपाल

.....
.....

महोदय,

मैं/हम स्वर्गीय
.....(मृतक जमाकर्ता) का पति/पत्नी/सुपुत्र/सुपुत्री, निवासी.....
घोषणा और निम्नवत सत्यनिष्ठापूर्वक पुष्टि करता हूँ/करते हैं :-

(1) कि स्वर्गीय (मृतक जमाकर्ता)
को वसीयत किए बिना अपने पीछे केवल मुझे/हमें अपने उत्तराधिकारी के रूप में छोड़कर स्वर्गवासी हो गए हैं।

(2) कि मैं/हम स्वर्गीय (मृतक
जमाकर्ता) के उत्तराधिकारी अपने लिए तथा हमारे उत्तराधिकारियों, निष्पादकों, प्रतिनिधियों और समानुदेशियों की
ओर से स्वर्गीय (मृतक) के उत्तराधिकारियों को देय रू
..... अतिशेष रकम पर अपना दावा त्यागते हैं, जिसे मेरे/हमारे
(संबंध बताएं) श्री/श्रीमती/सुश्री(दावेदार) द्वारा बताए गए खातों में जमा कर दिया
जाए। हमें उपरवर्णित खाता संख्या में जमा शेष राशि और उस पर प्रोद्भूत ब्याज, यदि
कोई हो, का भुगतान डाकघर द्वारा उक्त श्री/श्रीमती/सुश्री (दावेदार) को
किए जाने पर किसी प्रकार की कोई आपत्ति नहीं है।

1..... हस्ताक्षर

2.....

3.....

अभिसाक्षी

सत्यापन: मैं/हम, उपर्युक्त अभिसाक्षी सत्यनिष्ठा पूर्वक पुष्टि करते हुए सत्यापित करता हूँ/करते हैं कि इस शपथपत्र में निहित सूचना मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार सही है और कोई भी तथ्य छुपाया नहीं गया है।

तारीख:

अभिसाक्षी

मैं अभिसाक्षी(यों) को पहचानता हूँ जिनको मैं व्यक्तिगत रूप से पर जानता हूँ और जिन्होंने मेरे समक्ष हस्ताक्षर किए हैं।

तारीख:.....

अनुप्रमाणित

शपथ आयुक्त/नोटरी पब्लिक

प्रारूप-15
(सरकारी बचत संवर्धन नियम, 2018 का नियम 15 देखें)

क्षतिपूर्ति पत्र

सेवामें,

डाकपाल

.....
.....

महोदय,

1. प्रशासन के पत्रों अथवा मृतक (अंशदाता का नाम) की संपदा का उत्तराधिकार प्रमाणपत्र अथवा संपदा शुल्क नियंत्रक द्वारा इस आशय का प्रमाणपत्र कि संपदा शुल्क का भुगतान कर दिया गया है अथवा कर दिया जाएगा अथवा कोई राशि देय नहीं है, को प्रस्तुत किए बगैर के नाम में आपके (लेखा कार्यालय का नाम) के पास (योजना का नाम) में खाता सं में जमा रू..... की राशि मुझे/हमें (विधिक उत्तराधिकारी(यों) के नाम) अदा करने अथवा अदा करने के लिए सहमत होने के प्रतिफल में,

2. मैं/हम तथा हम (प्रतिभू) सभी दावों, मांग, कार्यवाहियों, हानि, नुकसान, प्रभारों तथा खर्च जो हुए हों अथवा यथा उपर्युक्त मुझे/हमें भुगतान करने अथवा भुगतान करने के लिए सहमत होने के कारण अथवा परिणामस्वरूप आपके द्वारा किए जाने , के एवज में स्वयं और अपने उत्तराधिकारियों, विधिक प्रतिनिधियों, निष्पादकों तथा प्रशासकों की तरफ से संयुक्त रूप से और पृथक-पृथक आपको तथा आपके उत्तराधिकारियों, और समनुदेशितियों को क्षतिपूर्ति करने का वचन देते हैं और सहमत होते हैं ।

3. जिसकी गवाही के लिए अभिसाक्षियों की उपस्थिति में मैंने/हमने वर्ष के दिन इसके लिए हस्ताक्षर किए हैं ।

मृतक के उपर उल्लिखित उत्तराधिकारी/उत्तराधिकारियों द्वारा हस्ताक्षरित और सुपुर्द किया गया ।

उपर उल्लिखित प्रतिभू द्वारा हस्ताक्षर कर सुपुर्द किया गया

1.....
2.....

अभिसाक्षियों के हस्ताक्षर, नाम व पते :

1.....
2.....

सत्यापित

नोटरी पब्लिक



आवेदन पक्ष (जमाकर्ता द्वारा भरा जाये)

डाकघर का नाम.....

दिनांक

खाते का प्रकार: SB RD TD MIS SCSS PPF SSA KVP NSC ,Others.....

खाता संख्या

सेवामें,
पोस्टमास्टर.....डाकघर

(1) मैं/हम पासबुक प्रस्तुत कर रहे हैं और मेरे/हमारे ऊपर उल्लिखित खाते को तारीख
को परिपक्व होने पर बन्द करने के लिए आवेदन करते हैं ।

(2) कृपया डाकघर में स्थित मेरे बचत खाता संख्या
.....मे रकम जमा करें ।

या पानेवाले के खाते में देय चेक जारी करें ।

या कृपया नकद भुगतान करे (लागू होगा यदि राशि अनुज्ञेय सीमा से कम है)

*यह प्रमाणित किया जाता है कि खाते की रकम जोकि जीवित और विधमान अव्यस्क/विकृतचित्तव्यक्ति
.....के उपयोग के लिए अपेक्षित है ।

खाताधारक(कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

द्वारा अनुप्रमाणित.....(नाम एवं पता)
(अंगूठे के निशान की स्थिति में)

डाक सहायक के आधक्षर

डाकपाल के आधक्षर



भुगतान आदेश
(कार्यालय उपयोग के लिए)

दिनांक

लेन-देन संख्या :

भुगतान-विवरण

मूल रकम ₹.....

देय ब्याज(+):₹.....

अधिक भुगतान किये गये ब्याज की वसूली (-):-₹.....

अन्य कटौती (यदि कोई हो) (-):-₹.....

भुगतान की जाने वाली कुल राशि ₹.....(अंकों में)

₹.....(शब्दों में)



डाकपाल के हस्ताक्षर

तारीख मोहर

भुगतान पत्र (जमाकर्ता द्वारा भरा जाये)

.....रु.(अंको में)

(शब्दों में) नकद प्राप्त हुए/ चेक संख्या दिनांक

द्वारा प्राप्त हुए/बचत खाता संख्यामें अंतरित कियेगये ।

मोबाइल संख्या. खाताधारक (कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

द्वारा प्रमाणित(नाम एवं पता)

दिनांक

(अंगूठे के निशान की स्थिति में)



आवेदन पक्ष (जमाकर्ता द्वारा भरा जाये)

डाकघर का नाम.....

दिनांक

खाते का प्रकार: RD TD MIS SCSS PPF SSA KVP ,Others.....

खाता संख्या

सेवामें,

पोस्टमास्टर.....डाकघर

(1) मैं/हम, मेरे/हमारे खाता संख्याजिसमें बाकी शेष
(रूपये..... मात्र) है । को समयपूर्व बन्द करना चाहता हूँ/चाहते
हैं और नीचे दिये गये ब्यौरे के अनुसार लागू शास्ति (यदि कोई हो) घटाने के पश्चात रकम का संदाय/भुगतान
करने का अनुरोध करते हैं ।

(2) कृपयाडाकघर में स्थित मेरे बचत खाता संख्या
.....मे रकम जमा करें ।
या पानेवाले खाते में देय चेक जारी करें ।

या कृपया नकद भुगतान करें (लागू होगा यदि राशि अनुज्ञेय सीमा से कम है)

(3). मैं / हम घोषणा करते हैं कि,(योजना का नाम) के अधीन खोले गये खाते की
वह शर्तें, जिनके अधीन परिपक्वता से पूर्व खाता बन्द किया जा सकता है , का अनुपालन कर लिया गया है ।

यथ लागू आवश्यक दस्तवेज(यदि कोई हो) संलग्न है :-

*यह प्रमाणित किया जाता है कि खाते की रकम जीवित और विधमान अव्यस्क/विकृतचित्त व्यक्ति
के लिए अपेक्षित है ।

खाताधारक(कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

द्वारा अनुप्रमाणित.....(नाम एवं पता)
(अंगूठे के निशान की स्थिति में लागू)

डाक सहायक के आधक्षर

डाकपाल के आधक्षर



भुगतान आदेश

(केवलकार्यालय उपयोग के लिए)

भुगतान-विवरण

दिनांक

लेनदेन संख्या :.....

मूल रकम ₹.....

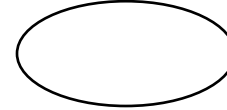
देय ब्याज(+):₹.....

अधिक भुगतान किये गये ब्याज की वसूली (-):-₹.....

शास्ति सहित ब्याज या अन्य कटौती (यदि कोई हो) (-):-₹.....

भुगतान की जाने वाली राशि₹.....(अंकों में)

₹.....(शब्दों में)



डाकपाल के हस्ताक्षर

तारीख मोहर

भुगतान पत्र (जमाकर्ता द्वारा भरा जाये)

.....रु. (अंको में)
..(शब्दों में) नकद प्राप्त हुए/ चेक संख्या दिनांक
द्वारा प्राप्त हुए/बचत खाता संख्यामें अंतरित किये गये ।

खाताधारक(कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मोबाइल संख्या.

द्वारा अनुप्रमाणित(नाम एवं पता)
(अंगूठे के निशान की स्थिति में लागू)

दिनांक

एस.बी.-7सी

RD/PPF और SSA खाते से ऋण/निकासी के लिए आवेदन



आवेदन पक्ष (जमाकर्ता द्वारा भरा जाये)

डाकघर कानाम.....

दिनांक

खाते का प्रकार(संबंधित श्रेणी का चयन करें): RD PPF SSA

खाता संख्या

मैं/हम खाताधारक/संरक्षक, मेरे/हमारे उपरलिखित खाते से
₹ (अंकों में) (शब्दों में).

ऋण/निकासी के लिए आवेदन करता हूँ/करते हैं ।

*यह प्रमाणित किया जाता है कि खाते की रकम जो कि जीवित और विद्यमान अव्यस्क/विकृतचित्त हैं
.....के उपयोग के लिए अपेक्षित है ।

2. कृपया ऋण/निकासी की रकम.....डाकघर में स्थित मेरे बचत खाता
संख्या में जमा करें ।

या पानेवाले खाते में देय चेक जारी करें ।

या कृपया नकद भुगतान करें (लागू होगा यदि राशि 20000 रु से कम है)

3. मैं/हम प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि स्कीम के अधीन ऋण/निकासी प्रदान करने के लिए लागू
सभी शर्तों का पालन कर लिया गया है ।

यथा लागू आवश्यक दस्तावेज (यदि कोई है) संलग्न है:-

खाताधारक (कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

द्वारा अनुप्रमाणित (नाम एवं पता)
(अंगूठे के निशान की स्थिति में)

डाक सहायक के आधक्षर

डाकपाल के आधक्षर



भुगतान आदेश (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

दिनांक

लेनदेन क्रमांक

खाते में उपलब्ध राशि ₹

आरंभिक अभिदान की तारीख

पिछले ऋण/निकासी की तारीख.....

ऋण/निकासी के लिए स्वीकृत की गई कुल राशि ₹.....(अंकों में)

₹ (शब्दों में)

तारीख मोहर

डाकपाल के हस्ताक्षर

भुगतान पत्र (जमाकर्ता द्वारा भरा जाये)

.....रु. (अंको में)
.....(शब्दों में) नकद प्राप्त हुए/ चेक संख्या दिनांक
.....द्वारा प्राप्त हुए/बचत खाता संख्यामें अंतरित
किये गये ।

दिनांक:-

खाताधारक(कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

मोबाइल संख्या.PAN संख्या

द्वारा अनुप्रमाणित.....(नाम एवं पता)
(अंगूठे के निशान की स्थिति में)

डुप्लीकेट पास बुक जारी करने के लिए आवेदन

क्रम. संख्या	विवरण	खाता धारक द्वारा भरे जाने हेतु
1	खाता संख्या और राष्ट्रीय (अल्प) बचत योजना का प्रकार	
2	खाते का प्रकार (अवयस्क/विकृतचित्त व्यक्ति/एकल/संयुक्त खाता)	
3	डाकघर का नाम जिसमें खाता है SOL ID सहित	
4	यदि खाता शाखा डाकघर में है, शाखा डाकघर का नाम	
5	खाताधारक/खाताधारकों के नाम	
6	पति/माता/पिता/संरक्षक का नाम	
7	खाता खोले जाने के समय खाताधारक का पता	
8	खाताधारक का वर्तमान पता	
9	खाता खोले जाने की तारीख तथा डाकघर का नाम, जहाँ खाता खोला गया था (यदि उपरोक्त क्रम संख्या 3 सेअलग हो) ।	
10	खाते में अंतिम लेन-देन की तारीख और विवरण	
11	अंतिम लेन-देन के समय खाते में अतिशेष	
12	डाकघर का नाम, जिसमें खाता अंतिम बार स्थानांतरित किया गया था ।	
13	पासबुक गुम होने की तारीख और परिस्थितियाँ और इसका पता लगाने के लिए किए गए प्रयासों का परिणाम ।	
14	क्या पासबुक गुम होने की सूचना पुलिस को दी गई थी, यदि हाँ, तो उसका परिणाम ।	
15	टिप्पणी, यदि कोई हो	

- उपरोक्त विवरण मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार सही है । कृपया डुप्लीकेट पासबुक जारी करें ।
- मैं/हम इस पासबुक को लौटा दूंगा/देंगे (यदि पासबुक फटी/खराब पासबुक की एवज में जारी की जा रही हो)।
- निर्धारित फीस का भुगतान (Rs. 50 + GST) रसीद संख्या दिनांक के माध्यम से किया गया है ।
(यदि शुल्क से छूट दी गई हो तो इसे काट दे)

नोट:-1. केवाईसी दस्तावेजों की स्व-सत्यापित प्रतियाँ संलग्न करें ।

- संयुक्त खाते के मामले में सभी संयुक्त खाताधारकों के हस्ताक्षर आवश्यक हैं ।

खाताधारक (कों)/ संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

आवेदन में दिये गये विवरण का सत्यापन रिकार्ड के साथ किया गया है ।

उपडाकपाल/डाकपाल के हस्ताक्षर और मोहर

भाग-II

डुप्लीकेट पासबुक जारी की जा सकती है / नहीं की जा सकती है ।

डाकपाल के हस्ताक्षर और मोहर

भाग-III

खाता संख्या जिसमें अतिशेषरु है, दिनांक को प्राप्त की ।

तारीख मोहर

खाताधारक(कों)/ संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

साक्षी (अशिक्षित खाताधारक(कों) की स्थिति में)

साक्षी के हस्ताक्षर

साक्षी का नाम और पूर्ण पता

डाक विभाग
स्वतः हस्तांतरण (स्थायी निर्देश) की सुविधा प्राप्त करने के लिए आवेदन पत्र

सेवा में,

पोस्टमास्टर

..... डाकघर

महोदय,

मैं/हम एतद्वारा यह निवेदन करता हूँ/करते हैं कि :-

* (अ) मेरे/हमारे डाकघर बचत खाता संख्या से रुकी राशि (नीचे दर्शायी कुल राशि) की निकासी कर नीचे दर्शाये गये मेरे/हमारे आवर्ती जमा खाते में प्रतिमाह जमा की जाए जो मेरे/हमारे नाम/मेरे पति या पत्नि/आश्रित बच्चे के नाम से है ।

क्रम संख्या	आवर्ती जमा खाता संख्या	जमाकर्ता (ओं) का नाम	मूल्य वर्ग राशि	दिनांक तक जमा करें ।
1				
2				
3				

* (ब) नीचे दर्शाए मेरे हमारे मासिक आय योजना/वरिष्ठ नागरिक बचत योजना/सावधि जमा खातें(ओं) की मासिक/तिमाही/वार्षिक ब्याज राशि को मेरे/हमारे डाकघर बचत खाता संख्यामें जमा कर दिया जाये ।

क्रम संख्या	एमआईएस/एससीएसएस/टीडी खाता संख्या	जमाकर्ता(ओं) का नाम	ब्याज की राशि

मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं कि जिन शर्तों के अधीन स्वतः हस्तांतरण सुविधा अनुमत्य है, वे मेरे/हमारे द्वारा पढ ली गई है और मैं/हम पीओएसबी(सीबीएस) नियम पुस्तिका, पीओएसबी नियम पुस्तिका खण्ड । में उल्लिखित सभी शर्तों को स्वीकार करता हूँ/करते हैं और समय समय पर जारी किए गए ऐसे सभी संशोधन मेरे ऊपर/हमारे ऊपर लागू होंगे । संबंधित बचत खाता और आरडी/एमआईएस/एससीएसएस/टीडी खातों की पासबुक संलग्न है।

* लागू न हो उसे काट दे ।

दिनांक : -

जमाकर्ता (ओं) के हस्ताक्षर



डाकघर बचत बैंक
(जमाकर्ता के लिए पावती)

.....डाकघर

दिनांक									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

खाते का प्रकार:-

एसबी आरडी टीडी एमआईएस एससीएसएस पीपीएफ एसएसए केवीपी
 एनएससी, अन्य....

खाता संख्या									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

श्री/सुश्री/श्रीमती के नाम प्रदत्त.....

रूप (शब्दों में) :.....

नकद/डिमांड ड्राफ्ट/चेक संख्या.....

दिनांक:..... (समाशोधन होने पर)

बैंक का नाम IFSC Code:.....

जमा का ब्यौरा:

आरडी खाते की स्थिति में :- माह के लिए

रिबेट की राशि.....डिफाल्ट की राशि.....

पीपीएफ/एसएसए खाते की स्थिति में :-वित्त वर्ष के लिए

डिफाल्ट की राशि.....

ऋण पुनर्भुगतान..... ऋण पर ब्याज

--

डा.स./उ.डा.पा./ग्रा.डा.से. शा.डा.पा. के प्राक्षर



डाकघर बचत बैंक

खाते का प्रकार:- एसबी आरडी टीडी एमआईएस एससीएसएस पीपीएफ एसएसए केवीपी एनएससी, अन्य.....

.....डाकघर

लेन-देन संख्या :.....

खाता संख्या									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

दिनांक									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

श्री/सुश्री/श्रीमती के नाम प्रदत्त.....

रूप (शब्दों में):

नकद/डिमांड ड्राफ्ट/चेक संख्या दिनांक(समाशोधन होने पर).

₹...../

बैंक का नामशाखा का नाम आईएफएससी कोड

जमा का ब्यौरा :

आरडी खाते की स्थिति में:-माह के लिए । रिबेट की राशि....., डिफाल्ट की राशि.....

पीपीएफ/एसएसए खाते की स्थिति में:-वित्त वर्ष के लिएडिफाल्ट की राशि.....-

ऋण पुनर्भुगतान..... ऋण पर ब्याज

तारीख मोहर

--

--

डा.स./उ.डा.पा./ग्रा.डा.से. शा.डा.पा. के प्राक्षर

जमाकर्ता के हस्ताक्षर

नोट:- डाकघर बचत खाते में प्रत्यक्ष लाभांतरण (DBT) संबंधित लाभ प्राप्त करने के लिए आधार सीडिंग चाहिए (निर्धारित फॉर्म संलग्न करें)
 मोबाईल संख्या स्थायी खाता संख्या (यदि आवश्यक हो)

जमाकर्ता का नाम एवं पता

डाकघर बचत बैंक
खाता खोलने/बचत पत्र खरीदने के लिए आवेदन प्रपत्र
डाकघर के उपयोग के लिए

डाकघर का नाम		Tran-ID		SOL ID		परिपक्वता की तारीख	
खाता संख्या				CIF-ID (1)			
CIF-ID (2)				CIF-ID (3)			

अनुदेश: i). कृपया संबंधित बॉक्स (N) का चयन करें, ii) प्रपत्र स्वच्छ अक्षरों में भरे तथा iii) संबंधित दस्तावेजों की स्वप्रमाणित प्रतियां संलग्न करें ।

सेवा में,
डाकपाल

.....
.....

आवेदक(कों)का फोटो
चिपकाएं

आवेदक(कों) का फोटो
चिपकाएं

आवेदक(कों) का फोटो
चिपकाएं

महोदय,
मैं/हम.....(आवेदक/अभिभावक) आपके डाकघर में

(Savings/RD/ 1,2,3,5 Years TD/MIS/SCSS/PPF/SSA/KVP/NSC VIIIth Issue) योजना के अन्तर्गत मेरे/हमारे नाम से/अव्यस्क के नाम से/विकृतचित्त व्यक्ति के नाम से खाता खोलने के लिए आवेदन करता हूँ/करते हैं ।

- (i) डाकघर बचत खाते के लिए अतिरिक्त सुविधाएं उपलब्ध (अ) चेक बुक चाहिए :- , (ब) IPPB खाता
(स) आधार सीडिंग ATM कार्ड इंटरनेट बैंकिंग मोबाइल बैंकिंग (निर्धारित प्रपत्र संलग्न करें)
(द) बीमा/पेशन उत्पाद :- PMSBY PMJJBY APY (निर्धारित प्रपत्र संलग्न करें)

(ii) खाते का संचालन :- स्वयं द्वारा अव्यस्क खाता संरक्षक द्वारा विकृतचित्त व्यक्ति का खाता अधिकृत व्यक्ति के द्वारा

(iii) खाते का प्रकार:- एकल कोई या उत्तरजीवी (संयुक्त ब) सभी या उत्तरजीवी(यों) (संयुक्त अ)

1. यदि खाता अव्यस्क के नाम से /विकृतचित्त व्यक्ति के नाम से खोला जाना है ।

अव्यस्क /विकृतचित्त व्यक्ति का नाम	जन्म की तारीख (दिन/माह/वर्ष) शब्दों में	लिंग (पु/स्त्री/अन्य)	अभिभावक का नाम, संबंध और स्थिति (प्राकृतिक या कानूनी)
1.			
2.	अव्यस्क की उम्र का प्रमाण, जारी करने की तिथि और जारी करनेवाला प्राधिकारी । (SSA खाते के मामले में जन्मप्रमाण पत्र आवश्यक है)		

2. मैं/हमरुपये(.....रुपये (शब्दोंमें)) नकद/डिमाड ड्राफ्ट/चेक संख्या
..... दिनांक द्वारा आरंभिक जमा के रूप में जमा करता हूँ/करते हैं । मेरा/हमारे ब्यौरे निम्न प्रकार हैं:-

ब्यौरे	प्रथम आवेदक	द्वितीय आवेदक	तृतीय आवेदक
आवेदक/संरक्षक का नाम			
पति/माता / पिता का नाम			
लिंग(पु/स्त्री/अन्य)			
जन्म की तारीख (दिन/माह/वर्ष) शब्दों में (अनिवार्य)			
आधार संख्या			
स्थायी खाता संख्या (PAN) *			
CIF ID (मौजूदा खाताधारक के लिए)			
वर्तमान पता:- मकान न./इलाका/ग्रा.एव.पो./शहर/जिला/राज्य /पिनकोड			
स्थायी पता:- मकान न./इलाका/ग्रा.एव.पो./शहर/जिला/राज्य /पिनकोड			
टेलिफोन/मोबाइल संख्या*			
ईमेल आईडी			
पहचान का प्रमाण (दस्तावेज संख्या/जारी करने की तारीख/जारी करने वाले प्राधिकारी)			
निवास का प्रमाण (दस्तावेज संख्या/जारी करने की तारीख/जारी करने वाले प्राधिकारी)			
SCSS खाते की स्थिति में आयु का प्रमाण (दस्तावेज संख्या /जारी करनेकी तारीख/जारी करने वाले प्राधिकारी)			

(यदि आधार कार्ड/आधार नामांकन का प्रमाण उपलब्ध नहीं कराया गया है, तो निम्नलिखित दस्तावेज पहचान और पते के प्रमाण के रूप में विधिमाम्य दस्तावेज के रूप में स्वीकृत किये जा सकते हैं)

1. पासपोर्ट 2. ज़ाहविंग लाइसेंस 3. मतदाता पहचान पत्र 4. मनरेगा द्वारा जारी, राज्य अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित जॉब कार्ड 5. नाम और पते के ब्यौरे सहित राष्ट्रीय जनसंख्या रजिस्टर द्वारा जारी पत्र)
नोट :-पीएमएलए अधिनियम 2002 के अनुसार यदि जमाकर्ता के सभी खातों में जमा राशि/निवेश की राशि 10 लाख रु से अधिक होने पर ,जमाकर्ता को प्राप्त धनराशि की प्राप्ति के स्रोत के दस्तावेजों की प्रति प्रस्तुत करनी होगी ।

नमूना हस्ताक्षर

1.....1.....1.....

2.....2.....2.....

3.....3.....3.....

नाम:-.....नाम:-.....नाम:-.....

3. घोषणाएं

सामान्य:-(1) मैं/हम योजना पर लागू उपबंधों और योजना पर लागू सरकारी बचत संवर्धन नियम-2018, और उनमें समय-समय पर जारी संशोधनों, का पालन करने का वचन देता हूँ/देते हैं ।

(विस्तृत विवरण यहां उपलब्ध है <https://www.indiapost.gov.in/VAS/Pages/RTI/RTI-Manual-5.aspx>)

(2) मैं/हम यह भी घोषणा करता हूँ/करते हैं कि,मैं/हम और अव्यस्क/विकृतचित्त व्यक्ति, भारत के निवासी नागरिक है और वचन देता हूँ/देते हैं कि भविष्य में निवास स्थान/नागरिकता के बदलने की दशा में खाता कार्यालय का सूचित करूंगा/करेंगे ।

(3) मैं इस बात से सहमत हूँ कि खाता मेरे द्वारा संचालित किया जायेगा, जब तक कि खाताधारक 18 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं कर लेता है और उसके बाद खाते का संचालन खाताधारक द्वारा किया जायेगा । (SSA और अव्यस्क खाता, संरक्षक द्वारा खोले जाने की स्थिति में)

(4) यदि SAS/MPKBY अभिकर्ता की सेवाएं ली गई हो:-

अभिकर्ता का नाम.....एजेन्सी संख्या.....वैधता की तिथि.....

(5) स्थायी निर्देश (जैसे कि MIS से SB, SB से RD इत्यादि) यदि कोई हो.....

TD :- परिपक्वता के बाद खाते का विस्तार/नवीनीकरण चाहिए

SSA:-मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि देश के किसी भी डाकघर/बैंक में जमाकर्ता के नाम से सुकन्या समृद्धि खाता नहीं खोला गया है ।

PPE:-(1) मैं एतद्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे/अव्यस्क के नाम से लोक भविष्य निधि खाता, देश के किसी भी डाकघर /बैंक में कोई अन्य खाता नहीं खोजा गया है ।

(2) मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं,अपने नाम से खोले गये खाते और अव्यस्क के नाम से खुले हुए खाते में, योजना के नियमानुसार अधिकतम जमा राशि की सीमा का पालन करूंगा और अधिकतम निर्धारित सीमा राशि से अधिक जमा राशि को योजना के नियमों का उल्लंघन माना जायेगा ।

MIS/SCSS:- मैं/हम देश के किसी भी डाकघर/बैंक में "राष्ट्रीय बचत मासिक आय खाता/वरिष्ठ नागरिक बचत योजना" के अधीन आज तक विद्यमान अपने खाते की घोषणा करता हूँ/करते हैं ।

क्रम संख्या	योजना का नाम (MIS या SCSS)	खाता खोलने की तारीख	जमा राशि	ग्राहक पहचान संख्या (CIF No.)	खाता संख्या	डाकघर/बैंक का नाम
1						
2						

*यदि खातों की संख्या अधिक हो, सभी खातों का विवरण भरकर हस्ताक्षर सहित अनुलग्नक के रूप में संलग्न करें ।

कृपया संबंधित बॉक्स (✓) का चयन करें ।

दिनांक:-

आवेदक(को)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठा छाप

4. नाम निर्देशन

मैं/हम निम्नलिखित व्यक्ति(ओं) को नामित करता हूँ/करते हैं, जिनको मेरी/हमारी मृत्यु की दशा में अन्य व्यक्तियों को अपवर्जित करके (योजना का नाम) में जमा रकम मेरी मृत्यु उपरान्त संदत्त (भुगतान) की जाएगी ।

क्रम संख्या	नामिती/नामितियों का नाम और संबंध	पूरा पता (पते)	नामिती (यों) का आधार संख्या (वैकल्पिक)	अव्यस्क के मामले में नामिती के जन्म की तारीख	हकदारी का अंश	हकदारी की प्रकृति न्यासी या स्वामी
1						
2						
3						
4						

चूँकि क्रम संख्या (कों)पर विनिर्दिष्ट नामितीअव्यस्क है, मैं/हम,श्री/श्रीमती/कुमारी पुत्र/पुत्री/पत्नी निवासी को नामिती(यों) की अव्यस्कता के दौरान मेरी मृत्यु की दशा में उक्त खाते के अधीन देय राशि को प्राप्त करने के लिए नियुक्त करता हूँ/करते हैं ।

(आवेदक(कों) के निरक्षर होने कि स्थिति में)

1. गवाह के हस्ताक्षर.....

नाम और पता.....

2. गवाह के हस्ताक्षर.....

नाम और पता.....

स्थान:

दिनांक:

आवेदक(कों)/संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

डाकघर के उपयोग के लिए

मैंने इस आवेदन और पहचान के साथ प्रस्तुत किये गये पते के दस्तावेजों की सावधानीपूर्वक जांच कर ली है । खाता खोलना स्वीकृत किया जाता है ।	
खाता संख्या	दिनांकको, के नाम से
..... तारीख को	रु के आरंभिक जमा के साथ खोला गया है ।
नामांकन का विवरण:-	
तारीख मोहर	तारीख मोहर
ग्रा.डा.से. शाखाडाकपाल के हस्ताक्षर शाखा डाकघर के नाम की मोहर	उप/सहायक/प्रधान डाकपाल के हस्ताक्षर नाममोहर

एस.बी.-एटीएम1

डाकघर बचत बैंक

एटीएम कार्ड/इंटरनेट/मोबाइल/एसएमएस बैंकिंग सेवा हेतु आवेदन प्रपत्र

कृपया आवेदन प्रपत्र स्पष्ट अक्षरों में भरें।

डाकघर _____	दिनांक _____ (दिन/माह/वर्ष)
*ग्राहक पहचान संख्या	* प्राथमिक खाता संख्या

1. *आवेदक का नाम

पहला नाम																				
मध्य नाम																				
*अंतिम नाम																				

2. *एटीएम कार्ड निम्न के लिए चाहिए (कृपया संबंधित कॉलम का चयन ✓ किजिये)

(a) स्वयं		(b) संयुक्त ब खाताधारक		(c) आवश्यकता नहीं	
-----------	--	------------------------	--	-------------------	--

3. * कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें :

मोबाइल नंबर		स्थायी खाता संख्या	
ईमेल आईडी			
जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष)		माता का प्रथम नाम	

4. *कृपया नीचे दिए विकल्पों में से अपेक्षित विकल्प का चयन करें।

क.संख्या	अनुरोध (आवेदन) का प्रकार	संबंधित विकल्प का चयन करें।						
क.	इंस्टेंट एटीएम कार्ड							
ख.	नया व्यक्तिगत एटीएम कार्ड (या) बदला हुआ व्यक्तिगत एटीएम कार्ड कार्ड पर यह नाम प्रिंट करें (21 अंकों से अधिक नहीं हो)	<table border="1"> <tr> <td>नया आवेदन</td> <td></td> </tr> <tr> <td>कार्ड बदलने हेतु आवेदन</td> <td></td> </tr> </table>	नया आवेदन		कार्ड बदलने हेतु आवेदन			
नया आवेदन								
कार्ड बदलने हेतु आवेदन								
ग.	इंस्टेंट एटीएम कार्ड बदलने के लिए							
घ.	एटीएम कार्ड पिन के लिए आवेदन							
ङ.	एटीएम कार्ड होट लिस्टिंग/बन्द करने हेतु अनुरोध (बन्द करने के लिए कार्ड नंबर के अंतिम 4 अंक लिखें)							
च.	इंटरनेट बैंकिंग और मोबाइल बैंकिंग							
छ.	इंटरनेट बैंकिंग							
ज.	एसएमएस बैंकिंग							
झ.	द्वितीय खाते को मौजूदा सक्रिय एटीएम कार्ड से लिंक करना (प्राथमिक खाता कार्ड के सक्रिय होने के बाद किया जाना चाहिए)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">बचत खाता संख्या जिसे लिंक करना है</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	बचत खाता संख्या जिसे लिंक करना है		1		2	
बचत खाता संख्या जिसे लिंक करना है								
1								
2								

नोट:- मोबाइल बैंकिंग सेवाओं का लाभ उठाने के लिए, इंटरनेट बैंकिंग अनिवार्य है।

(* चिन्हित कॉलम अनिवार्य हैं)

घोषणा

मैं/हम घोषणा करते हैं कि उपरोक्त जानकारी सही है। मैं हम डाक विभाग को अपने एटीएम कार्ड या इंटरनेट/मोबाइल/एसएमएस बैंकिंग का उपयोग करके निकाली के लिए मेरे/हमारे खाते में समय-समय पर लागू होने वाले शुल्क को वसूलने का अधिकार देते हैं। मैं/हम अपने खाते में निर्धारित न्यूनतम शेष को बनाये रखने का वचन देता हूँ/देते हैं। मैं/हम, मेरे/हमारे द्वारा एटीएम कार्ड/इंटरनेट/मोबाइल बैंकिंग/एसएमएस बैंकिंग में किये गये लेन-देन के लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार हूँगा/होंगे तथा डाक विभाग के खिलाफ दावा नहीं करने के लिए सहमत हूँ/हैं।

इंटरनेट/मोबाइल/एसएमएस बैंकिंग के लिए नियम और शर्त :- मैंने/हमने डाक विभाग की इंटरनेट बैंकिंग वेबसाइट पर उपलब्ध दस्तावेज में निहित नियम और शर्तों को पढ़ लिया है तथा मैं/हम मेरे/हमारे यूजर आईडी तथा पासवर्ड से इंटरनेट/मोबाइल/एसएमएस बैंकिंग में किए गए समस्त लेन-देन के लिए पूरी जिम्मेदारी स्वीकार करूँगे और मैं/हम उन्हें मानने के लिए बाध्य होंगे।

एटीएम कार्ड के इस्तेमाल के लिए नियम और शर्त :- मैं/हम नीचे दर्शायी गई शर्तों और प्रावधानों से सहमत हूँ।

डाक विभाग के एटीएम कार्ड के उपयोग के लिए नियम और शर्त

जिन नियमों और शर्तों के तहत डाक विभाग का एटीएम कार्ड जारी किया गया है, वो आपके मार्गदर्शन के लिए नीचे दिए गए हैं।

(क) यहां इस्तेमाल की गई शर्त

- डीओपी डाक विभाग को इंगित करता है।
- कार्ड का अर्थ डीओपी एटीएम कार्ड जो ग्राहक को जारी किया गया है।
- कार्डधारक का अर्थ है वह ग्राहक जिसे डीओपी एटीएम कार्ड जारी किया गया है।
- पिन का अर्थ कार्डधारक को आबटित 4 अंकों की संख्या है।

(ख) कार्ड

- कार्ड डाक विभाग की सम्पत्ति है और डाक विभाग के अनुरोध पर इसे बिना किसी शर्त के और तुरंत वापस कर दिया जायेगा ।
- डाक विभाग कार्ड को रद्द करने और बिना कोई कारण बताए एकतरफा रूप से इसके संचालन को रोकने का अधिकार सुरक्षित रखता है ।
- कार्ड गैर-हस्तांतरणीय है ।
- पिन/ओटीपी** : कार्डधारक यह स्वीकार करता है, निवेदन करता है और आश्वासन देता है कि पिन/ओटीपी निर्दिष्ट खाते तक पहुँच प्रदान करता है और यह कि कार्डधारक पिन/ओटीपी के उपयोग, गोपनीयता और सुरक्षा के लिए तथा इस तरह के पिन/ओटीपी का उपयोग करके खाते में दर्ज हुए सभी लेन-देन और सूचना संबंधि परिवर्तनों के लिए कार्डधारक पूरी जिम्मेदारी लेता है । कार्डधारक किसी भी रूप में पिन/ओटीपी को रिकॉर्ड नहीं करेंगे ताकि पिन/ओटीपी को किसी तीसरे पक्ष के हाथों में जाने से बचाया जा सके । कार्डधारक डाक विभाग को पिन/ओटीपी द्वारा प्रमाणित लेनदेन और निदेशों को पूरा करने के लिए स्पष्ट रूप से अधिकृत करता है तथा वह इन्हें रद्द नहीं करेगा । डाक विभाग का कार्डधारक के पिन/ओटीपी के सत्यापन के अलावा कार्डधारक से भेजे गए या उसके द्वारा भेजे गये लेनदेन निर्देश की प्रामाणिकता को सत्यापित करने का कोई दायित्व नहीं है । इसलिए, कार्ड को कार्डधारक के अधिकार में रहना चाहिए और उसे किसी और को नहीं सौंपा जाना चाहिए । कार्ड इस शर्त पर जारी किया जाता है कि डाक विभाग कार्ड के अनधिकृत उपयोग के लिए उत्तरदायी नहीं है । यह जिम्मेदारी पूरी तरह से कार्डधारक की है । इसके अलावा, डाक विभाग ऐसे किसी भी नुकसान के लिए जिम्मेदार नहीं होगा, जो कि एटीएम की खराबी/खराब होने के कारण प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप में हो सकता है ।

(ग) कार्ड का गुम होना

- कार्डधारक को तुरंत उपलब्ध चैनलों के माध्यम से कार्ड को ब्लॉक करना चाहिए (जैसे: कॉल सेंटर या किसी डा. वि. की शाखा के माध्यम से)
- कार्डधारक कार्ड की सुरक्षा के लिए जिम्मेदार होंगे और उसे सुरक्षित रखने के लिए सभी कदम उठावेंगे । इसके अलावा, यदि डाक विभाग यह सुनिश्चित करता है कि कार्डधारक द्वारा निर्देशों का पालन नहीं किया गया है तो कार्ड के गुम होने और चोरी होने के कारण हुई आर्थिक जबाबदेही कार्डधारक की होगी ।
- खोए हुए/क्षतिग्रस्त कार्ड के बदले में नया कार्ड जारी किया जाएगा ।
- डाक विभाग के पास यह अधिकार है की वह कार्डधारक द्वारा कार्ड का प्रयोग करके या उसके द्वारा किए हुए/माने गए सभी आहरणों और भुगतानों को रिकॉर्ड किए गए सबूतों के अनुसार खाते से डेबिट करें । यह निर्णायक और बाध्यकारी होगा । कार्डधारक समय समय पर डाक विभाग द्वारा अधिसूचित सेवा प्रभार (यदि कोई हो) के साथ संबंधित खाते को डेबिट करने के लिए स्पष्ट रूप से डाक विभाग को अधिकृत करेगा । अद्यतन सेवा प्रभार की जानकारी के लिए www.indiapost.gov.in देखें ।

(घ) लेन-देन:

- एटीएम या पीओएस टर्मिनल/ई-कॉमर्स द्वारा सृजित लेन-देन का रिकार्ड कार्डधारक के लिए बाध्यकारी होगा और इसे तब तक निर्णायक माना जायेगा जब तक कि डाक विभाग द्वारा अन्यथा सत्यापित और सही नहीं किया जाता है । सत्यापित और सही राशि को मानने के लिए कार्डधारक बाध्य होंगे ।
- खाता बन्द करना**: खाता बन्द करने और कार्ड सरेंडर करने के इच्छुक कार्डधारक को पहले लिखित में आवेदन देना होगा और आवेदन के साथ कार्ड को लौटाना होगा ।
- कार्ड की वैधता** : कार्ड की वैधता कार्ड के आगे के भाग में मुद्रित होती है । कार्ड की वैधता समाप्ति के महीने की अंतिम तारीख तक मान्य है ।
- कार्ड का नवीनीकरण** : डाक विभाग द्वारा कार्ड को इसकी वैधता की समाप्ति पर, बिना किसी शुल्क के, नवीनीकृत किया जायेगा ।
- हेल्पलाइन** : अधिक जानकारी और मदद के लिए, कृपया डाक विभाग के टोल फ्री नंबर 1800-425-2440 पर कॉल करें । टोल फ्री नंबर देश के सभी लैंडलाइन और मोबाइल फोन से सुलभ है ।
- लेन-देन प्रभार**: कार्डधारक के अनुमत सीमा से परे डाक विभाग के अलावा, अन्य बैंकों के स्वामित्व वाले एटीएम में लेन-देन के लिए अतिरिक्त शुल्क डेबिट किया जा सकता है । अधिक जानकारी के लिए www.indiapost.gov.in देखें ।

(ङ)

- शुल्क और प्रभार** : कार्ड के लिए वार्षिक शुल्क को डाक विभाग की प्रचलित दर पर कार्ड/एप्लीकेशन/नवीनीकरण पर कार्ड से जुड़े प्राथमिक खाते में से डेबिट किया जाएगा । प्रभारित शुल्क लौटाया नहीं जायेगा । कार्डधारक अपने खाते में डाक विभाग द्वारा समय समय पर निर्धारित न्यूनतम शेष बनाये रखेंगे । डाक विभाग के पास अधिकार सुरक्षित है कि वह कार्ड जारी/नवीनीकरण करने या कार्डधारक द्वारा किये गये लेन-देन पर अन्य फीस/शुल्क लागू कर सकें ।

(च) अतिरिक्त शर्तें :

- डाक विभाग नई सुविधाओं को शुरू करने और मौजूदा सुविधाओं को हटाने का अधिकार सुरक्षित है । डाक विभाग अपने विवेक से, बिना कोई कारण बताए, के लिए किये गये किसी भी आवेदन को अस्वीकार कर सकता है । कार्ड के उपयोग के लिए शुल्क (यदि कोई हो) किसी भी परिस्थिति में लौटाया नहीं जायेगा है । डाक विभाग को कार्ड से जुड़े विशेषधिकार को वापस लेने और कार्डधारक को, डाक विभाग के किसी प्रतिनिधि के माध्यम से कार्ड को सरेंडर करने के लिए बिना कारण बताये कहा जा सकता है ।
- कार्डधारक की मृत्यु, दिवालियापन, या दिवालिया होने की सूचना मिलने पर या किसी भी संयुक्त खाताधारक के कॉर्पोरेटिव क्लॉज को बदलने किसी सक्षम न्यायालय या राजस्व प्राधिकरण या RBI से FEMA/Exchange नियंत्रण विनियमों के उल्लंघन के कारण, किसी भी पत्र के प्राप्त होने पर अन्य वैध कारणों से या जब कार्डधारक से संबंधित किसी भी कारण से कार्डधारक का पता डाक विभाग के लिए अज्ञात हो जाने पर, कार्ड का उपयोग बिना नोटिस के समाप्त हो जायेगा ।
- एटीएम सेवा आपके खाते में पहले से मौजूद शेष राशि में से नकदी निकालने के लिए है । इसलिए यह कार्डधारक का दायित्व है कि वह नकद निकासी और सेवा शुल्क को पूरा करने के लिए संबंधित खाते में पर्याप्त शेष बनाए रखें । डाक विभाग अपने पूर्ण विवेक पर एटीएम सेवाओं को नियंत्रित करने वाले नियमों और शर्तों में संशोधन कर सकता है ।

दिनांक: -

आवेदक के हस्ताक्षर

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

प्रमाणित किया जाता है कि ग्राहक ने व्यक्तिगत रूप से केवाईसी दस्तावेज प्रस्तुत कर दिया है तथा ग्राहक के हस्ताक्षर और फोटोग्राफ सत्यापित और CIF level पर अपडेट किये गये हैं । यदि सीबीएस में हस्ताक्षर और फोटोग्राफ उपलब्ध न हो तो नये केवाईसी प्राप्त करें और अपलोड की कार्यवाही करें ।

SOL ID

आवेदन का प्रकार	सेवा का प्रकार	काउंटर सहायक की आईडी	पर्यवेक्षक की आईडी
एटीएम संबंधित सेवाएं			
इंटरनेट/मोबाइल/एसएमएस बैंकिंग			

डाकघर की तारीख मोहर

सहायक/मुख्य/प्रवर/चीफ पोस्टमास्टर के हस्ताक्षर

डाक विभाग

डाकघर बचत खाते से चेक सुविधा प्राप्त करने/नयी चेक बुक जारी करने के लिए आवेदन प्रपत्र

To,

पोस्टमास्टर

..... (डाकघर)

(1) * (अ) कृपया मुझे/हमें मेरे/हमारे डाकघर बचत खाते के लिए चेक सुविधा प्रदान करें ।

(ब) मेरे/हमारे बचत खाता संख्या जो कि आपके डाकघर में खोला गया है, जिसमें अतिशेषरु है , के लिए नयी चेक बुक जारी करें । मेरा मोबाईल नं. है ।

(2) मैं/हम घोषणा करते हैं कि, मैंने/हमने डाकघर बचत खाता नियमावली 2019 तथा डाकघर बचत बैंक (सी.बी.एस.) नियमावली के परियरिस्ट ।। में वर्णित चेक प्रणाली से संबंधित नियम पढ लिए हैं तथा मैं/हम ऊपर वर्णित शर्तों तथा उनमें समय-समय पर होने वाले संशोधनों को स्वीकार करते हैं तथा वो मेरे/हमारे ऊपर लागू होंगे ।

* (3) लागू शुल्क (यदि कोई है) रु रसीद संख्या दिनांक के द्वारा जमा कर दिया गया है ।

* (4) कृपया मुझे/हमें चेक बुक निम्नलिखित पते पर पंजीकृत डाक द्वारा भेजें और पंजीकृत डाक शुल्क मेरे बचत खाते से काट लिया जाए ।

** (5) मैंने/हमने, निम्न अघतन पहचान और पते के दस्तावेज और फोटोग्राफ हमने साथ प्रस्तुत कर दिए हैं ।

दिनांक : -

जमाकर्ता (ओं) के हस्ताक्षर

जमाकर्ता (ओं) का नाम

* यदि लागू नहीं तो, काट दें ।

** यदि पहचान दस्तावेज और पते के दस्तावेज पहले से ही अघतन हैं तो पुनः प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं है ।

डाकघर द्वारा भरा जाये

प्रमाणित किया जाता है कि जमाकर्ता(ओं) का मोबाईल नम्बर तथा के.वाई.सी. दस्तावेज फिनेकल में अघतन कर दिए गए हैं ।

बचत खाता संख्या के लिए चेक बुक संख्या जिसमें चेक संख्या से तक चेक है दिनांक को जारी की गई ।

काउन्टर सहायक के प्राक्षर

डाकपाल के हस्ताक्षर

जमाकर्ता (ओं) द्वारा चेक बुक प्राप्ति रसीद

मैं/हम चेक बुक संख्या से चेक बुक प्राप्त कर ली है जिसे मैंने/हमने गिनती की है और सही पाया है और उचित क्रम संख्या में है ।

दिनांक: -

जमाकर्ता (ओं) के हस्ताक्षर

अथवा

चेक बुक पंजीकृत पत्र संख्या दिनांक..... के द्वारा प्रेषित की गई है ।

दिनांक : -

डाकपाल के हस्ताक्षर



एस.बी-इएक्सटी1

आवती जमा/सावधि जमा/लोक वरिष्ठ नागरिक बचत योजना खाते की अवधि को बढ़ाने के लिए आवेदन

सेवा में,

डाकपाल

.....डाकघर

श्रीमान्,

1. मैं/हम आपके कार्यालय में स्थित (आवती जमा/सावधि जमा 1/2/3/5 वर्ष/लोक भविष्य निधि / वरिष्ठ नागरिक बचत योजना) के अधीन खाता संख्या का जमाकर्ता हूँ/हैं । उक्त खाता तारीख को खोला गया था और भुगतान के लिए तारीख को परिपक्व हो चुका है /हो जायेगा ।

2. मैं/हम उपरोक्त खाते की परिपक्वता की तारीख से अपने/हमारे आवती जमा वर्ष/वर्षों की अवधि के लिए, /सावधि जमा योजना 1/2/3/5 वर्ष के लिए/लोक भविष्य निधि खाते का 5 वर्ष के लिए/वरिष्ठ नागरिक बचत योजना खाते का 3 वर्ष के लिए (योजना के नियमों के अनुसार) विस्तार करने का अनुरोध करता हूँ/करते हैं ।

3. मैंने /हमने समय-समय पर यथा संशोधित उक्त योजना के अधीन अवधि के विस्तार के दौरान खाते पर लागू निबंधनों और शर्तों को समझ लिया है और उसका मैं/हम पालन करूंगा/करेंगे ।

4. मैं/हम घोषणा करता करता हूँ/करते हैं कि मेरी/हमारी और अवयस्क की (अवयस्क के खाते के मामले में) खाते के विस्तार की अवधि के आरंभ होने के समय भारत की नागरिकता कायम है ।

स्थान :

तारीख :

खाताधारक (कों) / संरक्षक के हस्ताक्षर
(नाम और पता)

कार्यालय प्रयोग के लिए

खाता संख्या जो योजना के अंतर्गत तारीख को रुपये के साथ खोला गया था और तारीख को परिपक्व हुआ था, का उक्त योजना के प्रावधानों के अधीन तारीख..... सेतक वर्षों की अवधि के लिए विस्तार किया गया ।

अभिलेखों और पासबक/जमा रसीद / खाते का विवरण में आवश्यक प्रविष्टियां की जा चुकी है ।

स्थान :

दिनांक :

डाकपाल के हस्ताक्षर

मोहर

एस.बी.-केवाईसी

डाकघर बचत बैंक
के.वाई.सी. (अपने ग्राहक को जानिए) करवाने/संशोधित करवाने हेतु प्रपत्र
(संबंधित सी.पी.सी. को भेजा जाए)

	हस्ताक्षर	नवीनतम फोटोग्राफ
आवेदक(1) नाम :- ग्राहक पहचान संख्या (CIF) खाता /पंजीकरण संख्या	(1) (2)	
आवेदक(2) नाम :- ग्राहक पहचान संख्या (CIF) खाता/पंजीकरण संख्या	(1) (2)	
आवेदक(3) नाम :- ग्राहक पहचान संख्या (CIF) खाता/पंजीकरण संख्या	(1) (2)	

कृपया नए खाते के मामले में सभी जानकारी तथा के.वाई.सी. में परिवर्तन के मामले में केवल संगत जानकारी निम्न सूची के अनुसार भरें ।

नाम (स्पष्ट अक्षरों में)			
पलैट/मकान संख्या		इलाका	
सडक		लैंड मार्क	
ग्राम/नगर/शहर		जिला	
पिन कोड		राज्य	
मोबाइल नम्बर		ई-मेल	
आधार संख्या		स्थाई खाता संख्या (पेन)	

मैं एतद्वारा निम्नलिखित दस्तावेजों (स्व सत्यापित) की छाया प्रति प्रमाण के रूप में प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ ।

पहचान संबंधी प्रमाण (दस्तावेज सं./दिनांक/जारी करने वाला प्राधिकरण	
निवास संबंधी प्रमाण (दस्तावेज सं./दिनांक/जारी करने वाले प्राधिकरण	

मैं एतद्वारा सत्यनिष्ठापूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे खाते के संबंध में दी गई उपर्युक्त जानकारी अधतन तथा सही है ।

हस्ताक्षर/ अंगुठे का निशान :- प्रथम आवेदक द्वितीय आवेदक तृतीय आवेदक
(संयुक्त खाते के मामले में सभी आवेदकों द्वारा हस्ताक्षर करना आवश्यक है)

केवल कार्यालय उपयोग हेतु

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने इस आवेदन प्रपत्र के साथ प्रस्तुत किए गए समस्त दस्तावेजों को सत्यापित किया है तथा पुष्टि करता/करती हूँ कि के.वाई.सी. के मानकों का पूर्णतः पालन किया गया है ।

जीडीएस शाखा डाकपाल के हस्ताक्षर
दिनांक :-

उपडाकपाल के हस्ताक्षर

डाकपाल के हस्ताक्षर

तारीख मोहर

