

खाता संख्या

बैंक शाखा .....

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

खातेदार का पूरा नाम .....

पता .....

हस्ताक्षर के नमूने

--

--

विशेष अनुदेश .....

अधिकारी .....

---

## परिचयकर्ता

परिचायक का नाम .....

खाते का नाम .....

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

खाता संख्या .

परिचायक के  
हस्ताक्षर

.....

अधिकारी द्वारा सत्यापित  
हस्ताक्षर

.....

नो फ़िल बैंक खाता हेतु आवेदन  
(सभी बैंकों में स्वीकार्य)

शाखा .....  
कोड नं. ....  
दूरभाष क्र. ....  
दिनांक ..... / ..... / 200

**प्रिय महोदय,**

कृपया मेरे/हमारे नाम से एकल/संयुक्त नोफ़िल बैंक खाता खोले जो खाते में सभी व्यवहार के लिये एक बायोमेट्रिक स्मार्ट कार्ड से सम्बद्ध हो।

1. पूरा नाम .....
2. पता .....
3. गाँव/कस्बा .....
4. पिनकोड .....
5. दूरभाष/मोबाइल नं. ....
6. संचालन हेतु अनुदेश .....
7. पिता का नाम .....
8. माता का नाम .....
9. जन्म दिनांक .....
10. पहचान विवरण (यदि कोई हो) .....

**घोषणा**

मैं घोषित करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में जो जानकारी दी गई है, सत्य एवं सही है। मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं भारत का निवासी हूँ एवं मेरी मासिक आय रु. 5000/- से अधिक नहीं है। मेरे खाते में अधिकतम जमा शेष रु. 50000/- से अधिक नहीं रहेगा एवं एक दिन में अधिकतम जमा या आहरण रु. 10000/- से अधिक नहीं होगा। नामांकन अनिवार्य है, बैंक अपने विवेकाधिकार अनुसार इस आवेदन को बिना कारण बताये स्वीकृत या निरस्त कर सकती है। मैं समय-समय पर लागू नियम एवं शर्तों का पालन करने के लिये बचनबद्ध हूँ तथा एक वर्ष में खाते से कुल क्रेडिट 1 लाख रुपये अधिक नहीं होगा।

**आवेदक के हस्ताक्षर**

11. परिचयकर्ता/सरपंच का नाम .....
12. खाता क्र. ....
13. दूरभाष/मोबाइल क्र. ....
14. पता .....
15. गाँव/कस्बा .....
16. पिन कोड .....

प्रमाणितकर्ता/सचिव के हस्ताक्षर .....

1. आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी
2. पहचान विवरण

बैंक में अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर  
नमूना हस्ताक्षर क्र. सहित

जमाकर्ता के हस्ताक्षर

## नामांकन फार्म / फार्म डी-ए 1

मैं जमाओं के सम्बन्ध में बैंककारी विनियम अधिनियम, 1949 की धारा 45-जेड-ए तथा बैंकिंग कम्पनी (नामांकन) नियम 1985 के नियम 2 (1) के अन्तर्गत नामांकन :

मैं/हम

..... (नाम और पता)  
निम्नलिखित व्यक्ति को नामांकित करता/करती हूँ/करते हैं, जिसे मेरी/हमारी अवयस्क की मृत्यु होने पर इस जमा की राशि स्टेट बैंक ऑफ इन्दौर ..... द्वारा लौटा दी जाये, जिसका विवरण नीचे दिया गया है :

प्रकार	विशिष्ट खाता क्रमांक	अन्य विवरण
नो फिल अकाउण्ट बचत खाता		

नोमिनी का नाम	पता	जमाकर्ता के साथ रिश्ता यदि हो	आयु	यदि नोमिनी अवयस्क हो तो, उसकी जन्मतिथि

मैं आज के दिन नोमिनी अवयस्क है, अतः मैं/हम, श्री/श्रीमती/कुमारी

..... (नाम, पता और आयु) को नोमिनी की अवयस्कता के दौरान मेरी/हमारी/अवयस्क की मृत्यु होने पर उसकी ओर से जमा की राशि प्राप्त करने के लिये नियुक्त करता हूँ/करती हूँ/करते हैं। (यदि नोमिनी अवयस्क न हो, तो काट दें)

स्थान : .....

दिनांक : ..... / ..... / 20.....

(जमाकर्ता के हस्ताक्षर/अंगूठा निशान)

साक्षियों के नाम, हस्ताक्षर एवं पते \$

\$ जमाकर्ता (ओं) के हस्ताक्षर एक साक्षी द्वारा अनुप्रमाणित किये जायेंगे लेकिन जमाकर्ता (ओं) के अंगूठा निशान दो साक्षियों द्वारा अनुप्रमाणित किये जाना चाहिए तथापि साक्षियों को अपने हस्ताक्षर अवश्य करना चाहिए, यदि साक्षी हस्ताक्षर करने में समर्थ है तो वह साक्षी के तौर पर अंगूठा निशान नहीं लगा सकती है।