

प्रेषक,

अशोक कुमार,
अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश
फैजाबाद।

सेवा में,

उप-निबन्धक (एम)
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

द्वारा

श्रीमान जनपद न्यायाधीश
फैजाबाद।

विषय:-

अशोक कुमार, अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश, फैजाबाद का सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी दावा आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित किये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक के सन्दर्भ में निवेदन है कि मैं जनपद न्यायालय, फैजाबाद में अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश, फैजाबाद के पद पर कार्यरत हूँ एवं मैं सेवा की अधिवर्षिता आयु पूर्ण करने के उपरान्त दिनांक 31.12.2019 को सेवा निवृत्त हो रहा हूँ। मेरा सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी दावा-जी0आई0एस0 फार्म सं0-31 (संशोधित) तीन प्रतियों में तैयार किया गया है। अग्रिम बीमा धनराशि माह दिसम्बर 2019 का अंकन 400/-रु0 माह नवम्बर 2019 के वेतन से जमा किया गया है तथा दिनांक 01.10.1995 से दिनांक 31.05.1996 तक 08 माह का 60 रु0 प्रतिमाह की दर से अवशेष बीमा धनराशि अंकन 480/- रु0 तथा दिनांक 01.06.2011 से दिनांक 30.09.2011 तक 04 माह का 280/- रु0 प्रतिमाह की दर से अवशेष बीमा धनराशि अंकन 1120/-रु0 कुल 1600/-रु0 ट्रेजरी चालान सं0 KL000048 दिनांक 21.11.2019 के माध्यम से जमा किया गया है।

मेरा सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी दावा-जी0आई0एस0 फार्म सं0-31 (संशोधित) तीन प्रतियों में तथा वेतन विवरण की सत्यापित प्रति, ट्रेजरी चालान की सत्यापित छायाप्रति एवं बैंक पासबुक की प्रथम पृष्ठ की छायाप्रति इस पत्र के साथ सलंगन कर आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित किया जा रहा है।

सादर।

सलंगनक: यथोपरि।

भवदीय

(अशोक कुमार)

अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश
फैजाबाद।

जी.आई.एस. फार्म संख्या-31 (संशोधित)

(यह प्रपत्र तीन प्रतियों में प्रेषित करना है)

सेवा में,

बीमा निदेशालय/कोषागार के प्रयोगार्थ
दावा संख्या

महोदय,

मैं, उत्तर प्रदेश राज्य सरकार द्वारा लागू सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत सेवा निवृत्त/सेवा से
अन्यथा पृथक/मृत अधिकारी/कर्मचारी का दावा निम्न प्रकार से प्रस्तुत करता हूँ :-

1. (अ) अधिकारी/कर्मचारी का नाम:-
 - 1.(हिन्दी में) : अशोक कुमार
 - 2.(अंग्रेजी में) : ASHOK KUMAR
(कैपिटल लेटर में)
- (ब) मोबाइल सं० या दूरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित :- : 9453578200
- (स) पिता/पति का नाम :- : स्व०श्री भागीरथी प्रसाद
2. (अ) पद नाम :- : अपर जनपद न्यायाधीश, फैजाबाद।
- (ब) राजपत्रित/अराजपत्रित :- : राजपत्रित
- (स) राजपत्रित की स्थिति में :-
 - (1) समूह 'ख' के पद पर नियुक्ति/पदोन्नति का दिनांक:- : 09.10.1990
 - (2) समूह 'क' के पद पर नियुक्ति/पदोन्नति का दिनांक:- : 03.10.2000
3. (क) जी०पी०एफ० खाता संख्या (यदि हो): : एल०जे०यू०- 20547
- (ख) एन०पी०एस० खाता संख्या (यदि हो):.....X.....
- (ग) जी०पी०एफ०/एन०पी०एस० के अभाव में (NEW) अंकित किया जाय..... X.....
4. (अ) योजना से पृथक होने के समय का वेतन बैंड :- : 57700-70290
- (ब) योजना से पृथक होने के समय का ग्रेड पे:-
- (स) यदि ग्रेड पे में रू० 6600 प्राप्त हुआ हो तो उसका दिनांक :-
- (द) समूह 'ख' के वेतनमान में आने का दिनांक:- : 09.10.1990
- (ध) समूह 'क' के वेतनमान में आने का दिनांक:- : 09.10.1995
5. (क) विभाग:- : माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद।
- (ख) विभागाध्यक्ष:- : माननीय मुख्य न्यायमूर्ति, माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद।
6. जन्मतिथि:-
 - (अ) अंको में :- : 01.01.1960
 - (ब) शब्दों में :- : एक जनवरी उन्नीस सौ साठ
7. (अ) सेवा में नियुक्ति का दिनांक :- : 09.10.1990
- (ब) योजना में प्रवेश का दिनांक :- : 01.10.1990
8. (अ) रू० 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
- (ब) रू० 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
- (स) रू० 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
- (त) रू० 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
- (ध) रू० 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
- (द) रू० 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक

Ar

- (ध) रू0 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....01.10.1990.....से.....30.09.1995.....तक
 (न) रू0 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
 (प) रू0 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....01.10.1995.....से.....31.05.2011.....तक
9. 01 दिसम्बर, 2008 की स्थिति के अनुसार
 (अ) ग्रेड पे 2800 तक रू0 100 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
 (ब) ग्रेड पे 2801 से 5400 तक रू0 200 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
 (स) ग्रेड पे 5400 से अधिक रू0 400 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि 01.06.2011 से 31.12.2019 तक
10. सेवानिवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक होने की तिथि:- : 31.12.2019
 (यदि लागू न हो तो (X)करें)
11. सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथि:- : X.....
 (यदि लागू न हो तो (X)करें)
12. सेवारत/सेवा से अन्यथा पृथक होने का कारण :-अधिवर्षिता.....

13. अधिकारी/कर्मचारी विवाहित था अथवा अविवाहित :-.....विवाहित.....
14. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा एक से अधिक विवाह किया गया हो तो निम्न विवरण दिया जाय एवं यदि दूसरा विवाह अनुमति से किया गया है तब अनुमति सम्बन्धी आदेश की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न की जाय।(यदि लागू न हो तो (X)करें)

	नाम	विवाह की तिथि	उनसे उत्पन्न सन्तानों का नाम	जन्म तिथि
पहली पत्नी				
दूसरी पत्नी	X	X	X	X

15. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा उसके सेवाकाल में सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी नामांकन पत्र भरा गया हो तो उसकी प्रमाणित प्रति संलग्न करें तथा नामित व्यक्ति/व्यक्तियों के सम्बन्ध में निम्न सूचनाएं भी उपलब्ध करायें :-

क्रम संख्या	नामित व्यक्ति/व्यक्तियों* का नाम	मृतक से सम्बन्ध	आयु/जन्म तिथि	प्रत्येक को देय अंश	संरक्षक का नाम(अवयस्क होने की दशा में)	नामितो में से किसी की मृत्यु हो गयी हो तो मृत्यु का दिनांक भी अंकित करे।
1	2	3	4	5	6	7
			N.A.			

*यदि नामितो में कोई अवयस्क हो और नामांकन प्रपत्र में संरक्षक का नाम अंकित न हो तो प्राकृतिक संरक्षक की अनुपस्थिति में सक्षम न्यायालय द्वारा उसके नियुक्त किये गये संरक्षक के सम्बन्ध में जारी संरक्षकता प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति उपलब्ध करायें।

✍

16. यदि अधिकारी/ कर्मचारी द्वारा सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी नामांकन पत्र न भरा गया हो तो अधिकारी की मृत्यु के दिनांक को शासनादेश संख्या -बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये क्रमानुसार परिवार के सदस्यों की स्थिति स्पष्ट करें :-

क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	मृतक से सम्बन्ध	आयु/जन्म तिथि	विवाहित अथवा अविवाहित/विवाह की तिथि	यदि अधिकारी की मृत्यु के उपरान्त परिवार में से किसी की मृत्यु हो गयी हो तो उसकी मृत्यु तिथि भी अंकित करें
1	2	3	4	5	6
N.A.					

नोट :- संख्या (1) शासनादेश संख्या -बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के अनुसार परिवार में निम्नलिखित सदस्य माने जायेंगे :-

संख्या (2) स्तम्भ-15 के कालम-5 में केवल पुत्रियों के मामलों में यह स्पष्ट करें कि विवाहित है अथवा अविवाहित तथा विवाहित होने की स्थिति में विवाह की तिथि भी स्तम्भ-15 में ही दर्शायें।

- 1- पत्नी/पति (जैसी स्थिति हो)
 - 2- पुत्रगण
 - 3- अविवाहित तथा विधवा पुत्रियां (सौतेले तथा दत्तक पुत्र/ पुत्रियां सहित)
 - 4- भाई (18 वर्ष आयु से कम) तथा अविवाहित तथा विधवा बहनें (सौतेले भाई/ बहनों सहित)
 - 5- पिता तथा माता
 - 6- विवाहित पुत्रियां (सौतेली पुत्रियों सहित) तथा
 - 7- पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व पुत्रियां।
- उपर्युक्त शासनादेश का प्रस्तर- 3 (ग) निम्न प्रकार है :-

3 (ग) यदि किसी अधिकारी/ कर्मचारी की नामांकन करने के पूर्व ही मृत्यु हो गयी हो जो सामूहिक बीमा योजना की घनराशि का भुगतान उसके परिवार के सदस्यों को स्पष्टीकरण संख्या 1 से 5 के अधीन निम्नलिखित क्रम में होना चाहिए :-

- 1- अधिकारी की पत्नी/ पति, जैसी स्थिति हो
- 2- अवयस्क पुत्र तथा अविवाहित पुत्रियां
- 3- वयस्क पुत्र
- 4- माता व पिता
- 5- अवयस्क भाई तथा अविवाहित बहनें
- 6- विवाहित पुत्रियां तथा
- 7- पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व अविवाहित पुत्रियां।

+

17. यदि अधिकारी/ कर्मचारी के परिवार में स्तम्भ संख्या-16 में दर्शाया गया कोई सदस्य न हो और उसके द्वारा नामांकन भी न भरा गया हो तो सक्षम न्यायालय द्वारा घोषित उत्तराधिकारी/ उत्तराधिकारियों का विवरण देते हुये उत्तराधिकार प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति संलग्न करें जिसमें सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत देय धनराशि वसूलने का उल्लेख किया गया हो :-

क्रम संख्या	घोषित उत्तराधिकारी/ उत्तराधिकारियों का नाम	आयु/ जन्म तिथि	देय अंश
1	2	3	4
	N.A.		

18. लाभार्थी का निर्धारण :-

(कृपया जैसी स्थिति हो उससे सम्मुख (✓) अंकित करे और जो लागू न हो (X) कर दें)

(अ) सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी भरे गये नामांकन प्रपत्र के अनुसार किया गया (स्तम्भ-15 के अनुसार)....

(ब) शासनादेश संख्या -बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये व्यवस्थानुसार किया गया है (स्तम्भ-16 के अनुसार).....

(स) सक्षम न्यायालय द्वारा निर्गत उत्तराधिकार प्रमाण पत्र के अनुसार किया गया है (स्तम्भ-17 के अनुसार).....

19. लाभार्थी/लाभार्थियों का नाम :- : अशोक कुमार

20. मृतक से सम्बन्ध :- : X

21. अवयस्क की स्थिति में उसके नियुक्त संरक्षक का नाम:- X

22. राष्ट्रीयकृत बैंक खाते का विवरण:-

(यदि एक से अधिक लाभार्थी हो तो सभी के बैंक खाते के विवरण अलग-अलग दिये जाये)

(क) बैंक खात संख्या:-11189146056

(ख) माइकर कोड संख्या:-224002071

ब्रांच का आई0एफ0एस0 कोड SBIN0000075 ब्रांच कोड.....75

(ग) बैंक का नाम :- STATE BANK OF INDIA

(घ) शाखा:-FAIZABAD

(ङ) जिला:-FAIZABAD

23. अधिकारी/कर्मचारी/लाभग्रही के पत्र व्यवहार का पूर्ण पता (पिन कोड सहित) :- 3/141 विभव खण्ड गोमती नगर लखनऊ।

1- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी अल्पकालीन रिक्तियों अथवा सीजनल कार्य के लिए नियुक्त नहीं था।

2- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी से सामूहिक बीमा योजना संबन्धी कटौती योजना में प्रवेश की तिथि से निकलने की तिथि तक नियमित रूप से एवं निर्धारित दरों के अनुसार की गयी है।

3- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी का मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त कर लिया गया है तथा मृत्यु की तिथि का मिलान मृत्यु प्रमाण-पत्र से कर लिया गया है। मृत्यु प्रमाण पत्र/नामांकन/उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र (जैसी स्थिति हो) की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न है। (यह प्रमाण-पत्र मृत्यु के मामले में ही लागू होगा)

4- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी के दावे का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है और दिनांक 01.03.1994 से पूर्व तथा वर्तमान व्यवस्था के अनुसार अधिकारी/उसके लाभार्थी को देय सामूहिक बीमा धनराशि का भुगतान नहीं किया गया है।

5- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी की जन्मतिथि का सत्यापन संबंधित अभिलेखों से कर लिया गया है।

A.

6- प्रमाणित किया जाता है कि श्री अशोक कुमार का प्रकरण समूह 'क' के अधिकारी होने के फलस्वरूप प्रकरण पूर्व में कोषागार स्तर पर भुगतान हेतु नहीं प्रस्तुत किया गया है और नही ही भविष्य में कोषागार को प्रस्तुत किया जायेगा। (यह प्रमाण-पत्र 01,मार्च,2011 के उपरान्त उत्पन्न समूह 'क' श्रेणी के दावे बीमा निदेशालय को भुगतान हेतु अग्रसारित किये जाने पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा दिया जाना आवश्यक है।)

7- मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि ऊपर अंकित विवरण सही है और उक्त विवरणों के आधार पर दावे के भुगतान का आग्रह करता हूँ।

दिनांक :

स्थान :

1. आहरण एवं वितरण अधिकारी
के हस्ताक्षर.....

हस्ताक्षरकर्ता का नाम:- श्रीमती पूजा सिंह

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम:- अपर जिला जज,फैजाबाद।

कार्यालय की मोहर..... आहरण एवं वितरण अधिकारी

डी0डी0ओ0 कोड संख्या..... 4031

ट्रेजरी कोड संख्या..... 49

*2. प्रतिहस्ताक्षर:-

कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष/शासन के सम्बन्धित विभाग
के हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का नाम.....

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम.....

कार्यालय की मोहर.....

(*समूह 'क' श्रेणी के अधिकारियों हेतु लागू)

बीमा निदेशालय/कोषागारों के प्रयोगार्थ
चेक सं.....दिनांक.....
धनराशि.....द्वारा
भुगतान स्वीकृत।

सक्षम अधिकारी।

नोट :- रू0 5400 से अधिक ग्रेड पे प्राप्त करने वाले समूह 'क' श्रेणी के अधिकारियों के दावा प्रपत्रों में निर्धारित स्थान पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा नाम सहित समूह हस्ताक्षर किये जायेंगे। कार्यालयाध्यक्ष स्तर के नीचे अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी दावे कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित करा कर तथा कार्यालयाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के दावे विभागाध्यक्ष द्वारा प्रति हस्ताक्षरित करा कर एवं विभागाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के सामूहिक बीमा सम्बन्धी दावे शासन में संबन्धित विभाग द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ को प्रेषित किया जाना होगा। समूह 'क' श्रेणी से इतर अन्य अधिकारियों/कर्मचारियों पर यह व्यवस्था पर लागू नहीं होगी।

(दावेदार से धनराशि प्राप्त करने से संबन्धित रिसीट)

सेवा में,

माननीय जनपद न्यायाधीश,

फैजाबाद

(कार्यालयाध्यक्ष का नाम व पता)

महोदय,

मैंने शासन की सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत प्रस्तुत किये गये दावे के सम्बन्ध में रू0.....
(शब्दों में).....की धनराशि का भुगतान चेक संख्या.....दिनांक

.....द्वारा सधन्यवाद पाया।

दिनांक

भवदीय,

(कर्मचारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर)

नाम:- अशोक कुमार

पूर्ण पता: 3/141 विभव खण्ड,

गोमती नगर, लखनऊ।

PAY STATEMENT FROM 01-04-2018 TO 30-11-2019.

SRI ASHOK KUMAR															
Designation : Addl. District Judge, Faizabad.															
Month	Pay	D.A.	R.O.A.	IR	Sump.	M.A.	C.C.A.	Gross Sal.	G.P.F.	G.I.S	G.V.R.	Financial Year : 2019-2020			
												L.Tax	Total Ded.		
GPF No. L J U 20547											Assessment Year : 2020-2021				
											Net	Vr. No.			
March 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	163450	A19/08.04.19
April 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	163450	A19/02.05.19
May 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	163450	A71/29.05.19
June 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	163450	A23/02.07.19
July 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	173450	A27/01.08.19
Aug. 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	173450	A47/30.08.19
Sep. 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	173450	A14/01.10.19
Oct. 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	173450	A67/22.10.19
Nov. 2019	68750	105875	300	20625	3100	1000	200	199850	10000	400	1000	25000	36400	173450	A32/29.11.19
Dec. 2019	68750	112750	300	20625	3100	1000	200	206725	40000	800	1000	25000	25800	179925	
TOTAL	618750	959750	2700	185625	27900	9000	1800	1805525	40000	4000	9000	225000	278000	1527525	


 (ASHOK KUMAR)
 ADDL. DISTRICT JUDGE,
 FAZABAD.


 5/12/19
 उपायुक्त जज
 फैजाबाद

वित्तीय नियम संग्रह खण्ड-5, भाग-2

प्रपत्र संख्या-43 ए (1)

(प्रस्तर 417 एवं 478 देखिए)

धनराशि जमा करने का चालान पत्र

1. उपकोषागार/बैंक का नाम व शाखा भारतीय स्टेट बैंक, केनकाद ।
- जिला व्यक्ति (यदि आवश्यक हो) या अशोक कुमार
- संस्था के नाम से धनराशि जमा की अथर जनपद, थारावा, जिला, केनकाद ।
- जा रही है उसका नाम जनपद थारावा, केनकाद ।
2. पता
3. पंजीकरण संख्या/पत्र का नाम व वाद संख्या
(यदि आवश्यक हो)
4. जमा की जा रही धनराशि का पूर्ण विवरण 9500/- 10-1995 से दि 31-05-1996 तक 60x8=480-
(धनराशि किस हेतु जमा की जा रही है तथा किस विभाग 2-1000/- 06-11 से दि 30-9-2011 तक - 280x4=1120-
के पत्र में जमा की जा रही है।) एक को अकाद का अवशेष बीमा धनराशि - 1600-
5. चालान की सकल राशि 1600
6. चालान की निबल राशि अथर, थारावा, जिला, केनकाद
7. लेखाशीर्षक का पूर्ण विवरण/लेखाशीर्षक की
मुहर : 8011-00-107-02-00
8. लेखा-शीर्षक का 18 डिजिट कोड

मुख्य लेखा-शीर्षक	उप मुख्य-शीर्षक	समू-शीर्षक	उप-शीर्षक	व्यवहार-शीर्षक	धनराशि (अंकों में)
8011	00	107	02	00	1600/-
					1600/-
धनराशि (शब्दों में) अथर, थारावा, जिला, केनकाद					योग

अज्ञान में लेखाशीर्षक की पुष्टि करने वाले
विभागीय अधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित

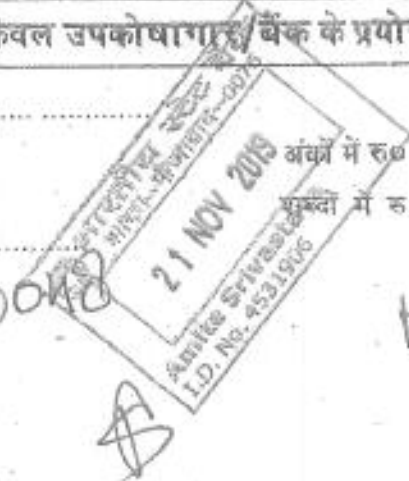
21/11/19
(अशोक कुमार)
अनाकर्ता का नाम व हस्ताक्षर

केवल उपकोषागार/बैंक के प्रयोगार्थ

चालान संख्या :

दिनांक :

KL000000



160000
रुपय मात्र

16000

प्राप्त किया
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार/
बैंक की मुहर सहित

Photo Copy
Attested
21/11/19
DRAWING & DISBURSING OFFICER
DISTRICT COURT
FAIZABAD U.P.



Card is PG wef 4/12/2019

Branch: FAIZABAD Code: 75
DIST: FAIZABAD

Phone: sbi.00075esbi.co.in

Phone No: 222210
Fax No: 222210

Name: ASHOK KUMAR AND MITHILPESH KUMAR
S/D/H/o : HHAGIRATHI PRASAD
CIF Number : 80965563981
Account No.: 11189146056
A/c Type : Savings Bank Account
Address : 3/141 VIHNAV KHAND
GOMTI NAGAR
LAKHNOW

BRBR: 455602099:00-17:30:
MOP: EITHER OR SURVIVOR
A/c Opening Dt: 20/06/200
Nom Reg No:
Customer's PAN: ADJTK2525
Date of Issue: 04/12/2019
CONTINUATION

Phone No. :
Email :
D.O.B. (If Minor):
Age Number :

04/12/19 [Signature]