

## Willingness for claiming Deposit Insurance Claims from DICGC-

Sri Guru Raghavendra Sahakara Bank Niyamitha, Basavanagudi, Bangalore-560004 (Refer to Regulation 21A)

ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ವಿಮಾ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಹಣವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ - ಶ್ರೀ ಗುರು ರಾಘವೇಂದ್ರ ಸಹಕಾರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ನಿಯಮಿತ (21ಎ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ನೋಡಿ)

- I, ..... (Customer ID .....), am holding deposits with Sri Guru Raghavendra Sahakara Bank Niyamitha, Bangalore in respect of which directions have been issued /prohibition/ order/ scheme has been made providing for restrictions on depositors from accessing their deposits. / ನಾನು ..... (ಗ್ರಾಹಕ ಸಂಖ್ಯೆ .....), ಶ್ರೀ ಗುರು ರಾಘವೇಂದ್ರ ಸಹಕಾರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ನಿಯಮಿತ, ಬೆಂಗಳೂರು ಇಲ್ಲಿ ಠೇವಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತೇನೆ. ಸದರಿ ಬ್ಯಾಂಕಿಗೆ ನಿಷೇಧ / ಆದೇಶ / ಯೋಜನೆ / ಠೇವಣಿದಾರರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಠೇವಣಿಯನ್ನು ಹಿಂಪಡೆಯಲು ನಿರ್ಬಂಧವನ್ನು ಹೇರುವ ನಿರ್ದೇಶನವನ್ನು ಹೊರಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.
- Details of all deposits held with the bank are as under / ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಠೇವಣಿಗಳ ವಿವರ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತಿರುತ್ತದೆ : Number of Deposits are more, fill the deposit details on the reverse / ಠೇವಣಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದಲ್ಲಿ, ವಿವರಗಳನ್ನು ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಬಹುದು.

Sl	Account No. / ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ	Branch / ಶಾಖೆ	Amount in Rs. / ಮೊತ್ತ ರೂ.ಗಳಲ್ಲಿ
1			
2			
3			
Total Deposits / ಒಟ್ಟು ಠೇವಣಿಗಳು			

- I, hereby submit that I am willing to receive the amount of insurance coverage from DICGC in terms of Section 18A of the DICGC Act, 1961 against the aforesaid deposit /s due to me from the bank up to the eligible coverage amount, I fully understand that DICGC is liable to pay every depositor in 'same capacity and in the same right', the eligible amount, subject to the limit of the insurance cover i.e. Rs.5 lakh, and I am aware that on payment of the amount of insurance coverage, DICGC doesnot have any liability to pay any further or additional amount in respect of the aforesaid deposits. / ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಸಲ್ಲಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ನಾನು ಹೊಂದಿರುವ ಠೇವಣಿಗಳ ಮೇಲೆ ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ಕಾಯ್ದೆ, 1961ರ ಕಲಂ 18ಎ ಪ್ರಕಾರ ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ, ನನಗೆ ಬರಬೇಕಾದ ಅರ್ಹ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿ ಇರುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಠೇವಣಿದಾರರಿಗೂ "ಅದೇ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಅದೇ ಹಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ" ಗರಿಷ್ಠ ರೂ. 5,00,000.00 ಗಳ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸುವ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯು ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಇರುವುದರ ಕುರಿತು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅರಿವಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಸದರಿ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರ, ನಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಠೇವಣಿಗಳ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯು ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ನಾನು ಅರಿತಿರುತ್ತೇನೆ.
- All the claims due and payable will be claimed by the bank on my behalf in terms of the claim settlement advice, for which I authorize the CEO/Manager of the bank to submit the requisite claim. No further claim beyond the coverage amount, which is presently Rs. 5 lakh, will be made to DICGC through the bank from any of my account/s. / ಖಾತೆ ಇರುವ ಅಥವಾ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಹಕ್ಕಿನ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಬ್ಯಾಂಕು, ಹಕ್ಕು ಒಪ್ಪಂದ ಪತ್ರದ ಮೂಲಕ ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಇದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯಕವಿರುವ ಹಕ್ಕಿನ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ನಾನು ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿ / ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರನ್ನು ಅಧೀಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತೇನೆ.
- For the purpose of receiving the amount the following details and alternate bank account details, alongwith necessary KYC documents as per the DICGC Claim procedure is submitted for verification of the DICGC. / ಹಣವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ, ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವಿಧಾನದಂತೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರ ಮತ್ತು ಪರ್ಯಾಯ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಖಾತೆಯ ವಿವರವನ್ನು, ಅವಶ್ಯಕವಿರುವ ಕೆ.ವೈ.ಸಿ ದಾಖಲೆಗಳ ಸಹಿತ ಡಿ.ಐ.ಸಿ.ಬಿ.ಸಿ ರವರ ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

Personal details / Alternative Bank details / ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರ / ಪರ್ಯಾಯ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ವಿವರ	
(* Copy of Cancelled cheque / first page of Pass Book Containing Account No. & IFSC should be submitted mandatorily)	
(+ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಲಾದ ಚೆಕ್ / ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಐ.ಎಫ್.ಎಸ್.ಸಿ ಹೊಂದಿರುವ ಪಾಸ್ ಪುಸ್ತಕದ ಮೊದಲ ಪುಟದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು)	
Date of Birth / ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	Bank Name / ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೆಸರು
Mobile No. / ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ	IFSC code / ಐ.ಎಫ್.ಎಸ್.ಸಿ
Email ID / ಮಿಂಚಂಚೆ ವಿಳಾಸ	Beneficiary Name / ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು
	A/c No. / ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

Place / ಸ್ಥಳ:

Signature of Claimant / ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ:

Date / ದಿನಾಂಕ:

Name of Claimant / ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೆಸರು:

## CERTIFICATION / ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ

I, A R Mallikarjuna Gupta, Chief Executive Officer of Sri Guru Raghavendra Sahakara Bank Niyamitha, do hereby certify that I have verified the details of the depositor stated herein above, with those contained in the records available with the bank and confirm the same to be correct. I am fully aware that in case of any incorrect or false certification, I shall be liable for appropriate action, including penal action, in accordance with law. / ಶ್ರೀ ಗುರು ರಾಘವೇಂದ್ರ ಸಹಕಾರ ನಿಯಮಿತದ ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿ ಎ.ಆರ್.ಮಲ್ಲಿಕಾರ್ಜುನ ಗುಪ್ತ, ಆದ ನಾನು ಈ ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಠೇವಣಿದಾರರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪುರಾವೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದು, ಸದರಿ ವಿವರಗಳು ನಿಖರವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ತಪ್ಪಾದ / ಸಕಲೀ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ, ನಾನು ಶಿಸ್ತುಪಾಲಕ ಕ್ರಮವನ್ನೆತ್ತಿಕೊಂಡಂತೆ ನಾನೂನು ವ್ಯವಸ್ಥೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ವಿಧಿ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಹೊಣೆಗಾರನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನನಗೆ ಅರಿವಿರುತ್ತದೆ.

Place/ ಸ್ಥಳ : Bangalore / ಬೆಂಗಳೂರು

Signature of the CEO / ಸಿ.ಇ.ಒ ಸಹಿ:

Date / ದಿನಾಂಕ:

Name of the CEO / ಸಿ.ಇ.ಒ ಹೆಸರು: A R Mallikarjuna Gupta

/ ಎ.ಆರ್.ಮಲ್ಲಿಕಾರ್ಜುನ ಗುಪ್ತ

INFORMATION RELATING TO INTERIM PAYMENTS TO DEPOSITORS UNDER THE  
DICGC ACT, 1961

(PARA 5 OF CLAIM / WILLINGNESS FORM)

I/ We, \_\_\_\_\_ (Name[s]), account holder(s) of \_\_\_\_\_ (Name of  
Cooperative Bank) which is under direction/ prohibition/ order/ scheme of the Reserve  
Bank of India restricting me/ us from accessing my/ our deposited amount in A/c No.  
\_\_\_\_\_ (Account Number[s]) in  
the abovementioned bank, having provided willingness in the prescribed form, hereby  
give my/ our consent that the amount of interim payment due to me/ us may be credited  
to (please select one option):

1. A/c No. \_\_\_\_\_ held by me/ us in \_\_\_\_\_ (Name of  
Bank)
  2. New A/c which may be opened for me/ us in a bank authorized by Reserve Bank  
of India for receiving interim payment. The required KYC documents will be  
provided by me/ us as given below.
- OR
3. My/ Our Aadhar linked bank account

A copy of my/ our Aadhaar card No. \_\_\_\_\_ or other Proof of Identity (specify)  
\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ and Proof of Address (specify) \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ is  
attached.

(Signature of A/c holder)

Contact Mobile No.: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_