



**Saraswat
Bank**

Saraswat Co-operative Bank Ltd.
(Scheduled Bank)

**CUSTOMER COMPLAINT / ग्राहक तक्रार
DISPUTE FORM / विवाद अर्ज**

Chargeback / चार्जबॅक / Pre-Arbitration/ पूर्व लवाद

Date / दिनांक: _____

To, / प्रति,

The Branch Manager, / शाखा व्यवस्थापक,

Saraswat Co-operative Bank Ltd. / सारस्वत को-ऑपरेटिव्ह बँक लि.

Branch / शाखा: _____

Customer information / ग्राहकांची माहिती:

Name of the Customer Mr./Ms. / ग्राहकाचे नाव श्री/श्रीमती/कुमारी:	
15 Digit Account no. / १५ अंकी खाते क्र.:	
Registered Mobile no. / नोंदणीकृत मोबाईल क्रमांक:	

Transaction Details / व्यवहाराचा तपशील:

Card base transaction / कार्ड द्वारे होणारे व्यवहार (ATM / POS / E COM.)	Non card based transaction / कार्ड व्यतिरीक्त होणारे व्यवहार IMPS/UPI/Internet Banking/AEPS)
Card No / कार्ड क्रमांक :	UPI ID / युपीआय आयडी :
Transaction amount / व्यवहाराची रक्कम :	Transaction amount / व्यवहाराची रक्कम :
Claim amount / दाव्याची रक्कम :	Claim amount / दाव्याची रक्कम :
Reference no / संदर्भ क्रमांक :	Reference no / संदर्भ क्रमांक :
Transaction date / व्यवहाराची तारीख (dd/mm/yy):	Transaction date / व्यवहाराची तारीख (dd/mm/yy):
Transaction time/ व्यवहाराची वेळ :	Transaction time / व्यवहाराची वेळ :
ATM ID/ ATM आयडी :	Payment mode / देय स्वरूप :
ATM location / ATM स्थळ :	
ATM Bank Name / ATM बँकेचे नाव :	

Signature of the customer / ग्राहकाची स्वाक्षरी : _____

Contact Number / संपर्क क्रमांक: _____

Acknowledgement / पोचपावती

Received application for Chargeback claim from Mr/Ms / श्री/श्रीमती/कुमारी _____

यांच्याकडून चार्जबॅक दाव्याचा अर्ज मिळाला.

Received Dt / प्राप्त झालेली तारीख: ___/___/___ Sign of the Authorised Officer / अधिकृत अधिकाऱ्यांची सही : _____

Name of the officer / अधिकाऱ्याचे नाव: _____ Br Stamp / शाखेचा शिक्का: _____

Employee Code / कर्मचाऱ्याचा कोड: _____

Other Terms & Conditions/ इतर नियम व अटी:

1) Submit the complaint form at the nearest branch. / जवळच्या शाखेत तक्रार अर्ज सादर करा. 2) In case of Chargeback dispute, pre-arbitration to be raised within 14 days from cash dispensed date. / चार्जबॅक रक्कम दाव्यासाठी पूर्व लवादाची (प्री-आरबीट्रेशन) ची नोंद नगद/ कॅश वितरणापासून १४ दिवसांच्या आत करावी 3) Chargeback will be raised based on information given by customer. If any information given by customer is incomplete or false Bank will be not responsible. / ग्राहकांनी दिलेल्या माहितीच्या आधारे चार्जबॅक दावा केला जाईल. तसेच ग्राहकाने दिलेली कोणतीही माहिती अपूर्ण किंवा खोटी असल्यास त्यासाठी बँक जबाबदार नसेल.
For any help with respect to ATM TXN/ATM card/POS TXN/ECOM TXN, you may contact on our Toll Free No 1800 22 9999 / 1800 266 5555 or 022-41572070. / एटीएम टीएक्सएन / एटीएम कार्ड / पॉस टीएक्सएन / ईसीओएम टीएक्सएन संबंधित कोणत्याही मदतीसाठी आपण आमच्या टोल फ्री क्रमांक 1800 22 9999/ 1800 266 5555 किंवा 022 - 41572070 वर संपर्क साधू शकता.



**सारस्वत
बैंक**

सारस्वत को-ऑपरेटिव बैंक लि.
(शेड्युल्ड बैंक)

CUSTOMER COMPLAINT / ग्राहक शिकायत DISPUTE FORM / विवाद फार्म

Chargeback / चार्जबैक / Pre-Arbitration/ प्री- आरबीट्रेशन

Date / दिनांक: _____

To, / प्रति,

The Branch Manager, / शाखा प्रबंधक

Saraswat Co-operative Bank Ltd. / सारस्वत को-ऑपरेटिव बैंक लि.

Branch / शाखा: _____

Customer information / ग्राहक की जानकारी:

Name of the Customer Mr./Ms. / ग्राहक का नाम श्रीमान / सुश्री:	
15 Digit Account no. / 15 अंक खाता क्रमांक :	
Registered Mobile no. / पंजीकृत मोबाईल क्रमांक :	

Transaction Details / व्यवहार की जानकारी:

Card base transaction / कार्ड बेस व्यवहार (ATM / POS / E COM.)	Non card based transaction / कार्डबिना होनेवाले व्यवहार IMPS/UPI/Internet Banking/AEPS)
Card No / कार्ड नंबर :	UPI ID / युपीआय आयडी :
Transaction amount / व्यवहार राशि :	Transaction amount / व्यवहार राशि :
Claim amount / दावा राशि :	Claim amount / दावा राशि :
Reference no / संदर्भ क्रमांक :	Reference no / संदर्भ क्रमांक :
Transaction date / व्यवहार कि तारिख (dd/mm/yy):	Transaction date / व्यवहार कि तारिख (dd/mm/yy):
Transaction time/ व्यवहार का समय :	Transaction time / व्यवहार का समय :
ATM ID/ ATM आयडी :	Payment mode / भुगतान का प्रकार :
ATM location / ATM स्थान :	
ATM Bank Name / ATM बैंक का नाम :	

Signature of the customer / ग्राहक के हस्ताक्षर : _____

Contact Number / संपर्क क्रमांक : _____

Acknowledgement / रसीद

Received application for Chargeback claim from Mr/Ms / श्रीमान/ सुश्री _____

से चार्जबैक फॉर्म प्राप्त हुआ.

Received Dt / प्राप्ति दिनांक: ____/____/____ Sign of the Authorised Officer / प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर : _____

Name of the officer / अधिकारी का नाम: _____ Br Stamp / शाखा की मोहर : _____

Employee Code / कर्मचारी कोड: _____

Other Terms & Conditions/ अन्य नियम और शर्तें:

1) Submit the complaint form at the nearest branch. / निकटतम शाखा में शिकायत फॉर्म जमा करें. 2) In case of Chargeback dispute, pre-arbitration to be raised within 14 days from cash dispensed date. / कॅश लेन-देन १४ दिनों के भीतर चार्जबैक विवाद तथा प्री आरबीट्रेशन शिकायत दर्ज करें. 3) Chargeback will be raised based on information given by customer. If any information given by customer is incomplete or false Bank will be not responsible. / ग्राहक द्वारा दी गई जानकारी के आधार पर चार्जबैक शुल्क वापसी किया जाएगा, ग्राहक द्वारा दी गई कोई भी जानकारी अधूरी तथा गलत होने पर बैंक इसके लिए जिम्मेदार नहीं होगी.

For any help with respect to ATM TXN/ATM card/POS TXN/ECOM TXN, you may contact on our Toll Free No 1800 22 9999/ 1800 266 5555 or 022-41572070. एटीएम टीएक्सएन / एटीएम कार्ड / पॉस टीएक्सएन / ईसीओएम टीएक्सएन के संबंधित जानकारी के लिए आप हमारे टोल फ्री नं 1800 22 9999/ 1800 266 5555 और 022-41572070 पर संपर्क कर सकते हैं.