

# ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

## एडवांस डिस्चार्ज वाउचर – मृत्यु दावा राशि

IRDA REGN. NO. 142  
PAGE | 1 / पृष्ठ | 1

### POLICY DETAILS / पॉलिसी के विवरण

Policy No./पॉलिसी क्र.	<input type="text"/>
Name of Policyholder: पॉलिसीधारक का नाम:	<input type="text"/>
Name of Life Assured: बीमित व्यक्ति का नाम	<input type="text"/>
Flat/Plot No./फ्लॉट/प्लॉट नं.:	<input type="text"/>
Road/रोड:	<input type="text"/>
City/District / शहर/जिला:	<input type="text"/>
Pin Code / पिन कोड:	<input type="text"/>
Email ID / ईमेल आईडी:	<input type="text"/>
Building Name बिल्डिंग का नाम:	<input type="text"/>
Landmark लैंडमार्क	<input type="text"/>
State राज्य	<input type="text"/>
Phone No. फोन नं.:	<input type="text"/>

### DECLARATION / घोषणा

I, Mr/Ms/Mrs./Dr. \_\_\_\_\_, the Nominee;  
hereby acknowledge receipt of ₹ \_\_\_\_\_ (in figures), \_\_\_\_\_ (in words)  
by Star Union Dai-ichi Life Insurance Company Ltd as full and final settlement towards the above mentioned policy on the life of  
Mr/Ms/Mrs./Dr. \_\_\_\_\_,  
मैं, श्री/सुश्री/श्रीमती/डॉ. \_\_\_\_\_, नामिती;

एतद्वारा स्टार यूनियन दाई-इची लाइफ इश्योरेंस कंपनी लि. द्वारा श्री/सुश्री/श्रीमती/डॉ. \_\_\_\_\_ के जीवन पर ऊपर वर्णित  
पॉलिसी के प्रति पूर्ण एवं अंतिम निपटारे के रूप में ₹ \_\_\_\_\_ (अंकों में), \_\_\_\_\_ (शब्दों में) की प्राप्ति की पुष्टि करता/करती हूँ;

### Details of Payment/भुगतान के विवरण:

Sum Assured under the policy / पॉलिसी के तहत आश्वासित राशि:	₹ _____
Less: Mortality Charges / ऋण: मॉर्टैलिटी प्रभार:	₹ _____
Less: Fund Value Already Paid (If Applicable) ऋण: पहले से अदा फंड मूल्य: (यदि लागू हो)	₹ _____
Net Claim Amount payable / देय शुद्ध दावा राशि:	₹ _____

Please affix  
Re 1/-  
revenue stamp  
& sign across  
the stamp  
कृपया 1 रुपए की  
राजस्व टिकट लगाएं  
और इस टिकट पर  
हस्ताक्षर करें

### Claimant/Nominee / दावाकर्ता/ नामिती:

Name / नाम:	<input type="text"/>
Address पता:	<input type="text"/>
Contact No. दूरभाष:	<input type="text"/>
Signature/ Thumb Impression हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान:	<input type="text"/>

### Witness / गवाह:

Name / नाम:	<input type="text"/>
Address पता:	<input type="text"/>
Contact No. दूरभाष:	<input type="text"/>
Signature/ Thumb Impression हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान:	<input type="text"/>

Date / दिनांक:

Place / स्थान:

Date / दिनांक:

Place / स्थान:

(The person signing as witness should be 1) Lawyer 2) Specified person of Banks / AVP - Bancassurance Manager of SUD Life 3) Bank Branch Manager  
4) Block Development Officer 5) Commissioner of Oaths 6) Family Physician 7) Govt. Gazetted Officer 8) Head Master / Head Mistress 9) Head Post Master  
10) Magistrate 11) Sarpanch / Police Patil; and shall not be related to the deceased in any manner.)

(गवाह के रूप में हस्ताक्षर कर रहे व्यक्ति को 1) वकील 2) बैंकों का निर्दिष्ट व्यक्ति/ एवीपी- एसयूडी लाइफ का बैंकाशोरेंस मैनेजर 3) बैंक शाखा प्रबंधक 4) ब्लॉक डेवलपमेंट ऑफिसर 5) कमिश्नर ऑफ ओथ्स 6) पारिवारिक डॉक्टर 7) सरकारी राजपात्रित अधिकारी 8) प्रधानाचार्य/प्रधानाचार्या 9) हेड पोस्ट मास्टर 10) मैजिस्ट्रेट 11) सरपंच/पुलिस पाटील होना चाहिए; और उसे किसी भी तरह से मृतक से संबंधित नहीं होना चाहिए.)

### Star Union Dai-ichi Life Insurance Company Limited

Registered Office: 11th Floor, Vishwaroop I.T. Park, Plot No. 34, 35 & 38, Sector 30A of IIP, Vashi, Navi Mumbai - 400 703.

☎: 18002668833 (Toll free) / 022-39546300 (landline) - 8:00 am to 8:00 pm (Mon - Sat).

Email: customercare@sudlife.in | Website: www.sudlife.in | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

### स्टार यूनियन दाई-इची लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: 11वीं मंजिल, विश्वरूप आईटी पार्क, प्लॉट नं. 34, 35 और 38, सेक्टर 30ए ऑफ आईआईपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.

☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लैंडलाइन) - सुबह 8.00 बजे से शाम 8.00 बजे तक (सोमवार - शनिवार).

ईमेल: customercare@sudlife.in | वेबसाइट: www.sudlife.in | आईआरडीआई पंजीयन क्रमांक: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

