

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

ಮುಂಗಡ ತೀರಿಕೆ ವೋಚರ್ - ಮರಣ ಕ್ಲೇಮು ಉತ್ತತಿ

IRDA REGN. NO. 142

PAGE 1 / ಪುಟ 1

POLICY DETAILS / ಪಾಲಿಸಿ ವಿವರಗಳು

Policy No./ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.: ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು:											
Name of Policyholder: ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು:											
Name of Life Assured: ವಿಮಾಯಕ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು:											
Flat/Plot No./ಫ್ಲಾಟ್ /ಪ್ಲಾಟ್ ಸಂ.:						Building Name ಬಿಲ್ಡಿಂಗ್ ಹೆಸರು:					
Road / ರಸ್ತೆ:						Landmark ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಮಾರ್ಕ್:					
City/District / ನಗರ/ಜಿಲ್ಲೆ:						State ರಾಜ್ಯ					
Pin Code / ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:						Phone No. ಫೋನ್ ಸಂ.:					
Email ID / ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ:											

DECLARATION / ಘೋಷಣೆ

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. _____.

ನಾನು, ಶ್ರೀ/ಕುಮಾರಿ/ಶ್ರೀಮತಿ / ಡಾ _____
ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶಿತನು/ಳು; ಈ ಮೂಲಕ ಸ್ಟಾರ್ ಯೂನಿಯನ್ ಡಾಯಿ -ಇಚಿ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಿಂದ ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಶ್ರೀ/ಕುಮಾರಿ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಡಾ.
ರ ಜೀವ ವಿಮೆಯ ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಗಾಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಇತ್ಯರ್ಥವಾಗಿ
₹ _____ (ಅಂಕಗಳಲ್ಲಿ) _____ (ಶಬ್ದಗಳಲ್ಲಿ) ಯು ಸ್ವೀಕೃತಿಯನ್ನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

Details of Payment / ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು:

Sum Assured under the policy / ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸುನಿಶ್ಚಿತ ಮೊತ್ತ	₹ _____
Less: Mortality Charges / ಕಳೆ: ಮರಣಾಧೀನತೆಯ ಶುಲ್ಕಗಳು	₹ _____
Less: Fund Value Already Paid (If Applicable) ಕಳೆ: ಈಗಾಗಲೇ ಪಾವತಿಸಿದ ಫಂಡ್ ಮೌಲ್ಯ: (ಅನ್ವಯವಾದರೆ)	₹ _____
Net Claim Amount payable / ಪಾವತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವ ನಿವ್ವಳ ಮೊತ್ತ	₹ _____

Please affix
Re 1/-
revenue stamp
& sign across
the stamp
ದಯವಿಟ್ಟು ರೂ 1/-ರ
ರಿಯನ್ಯೂ ಸ್ಟಾಂಪ್‌ಅನ್ನು
ಅಂಟಿಸಿ ಮತ್ತು
ಸ್ಟಾಂಪ್‌ಗೆ ಅಡ್ಡಲಾಗಿ
ಸಹಿ ಮಾಡಿ

Claimant/Nominee / ಕ್ಲೇಮುದಾರರು / ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶಿತರು:

Name / ಹೆಸರು: _____

Address
ವಿಳಾಸ: _____

Contact No.
ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ.: _____

Signature/
Thumb
Impression
ಸಹಿ /
ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು: _____

Witness / ಸಾಕ್ಷೀದಾರರು

Name / ಹೆಸರು: _____

Address
ವಿಳಾಸ: _____

Contact No.
ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ.: _____

Signature/
Thumb
Impression
ಸಹಿ /
ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು: _____

Date / ದಿನಾಂಕ:

Place / ಸ್ಥಳ:

Date / ದಿನಾಂಕ:

Place / ಸ್ಥಳ:

(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.)

(ಸಾಕ್ಷೀದಾರರಾಗಿ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿ 1) ವಕೀಲರು 2) ಬ್ಯಾಂಕುಗಳ/ವಿವಿಧ - ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಎಸ್‌ಯುಡಿ ಲೈಫ್‌ನ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಎಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜರ್ 3) ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಶಾಖಾ ಪ್ರಬಂಧಕರು
4) ಬ್ಲಾಕ್ ಡಿವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫೀಸರರು 5) ಕಮಿಷನರ್ ಆಫ್ ಓತ್ಸ್ 6) ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರು 7) ಸರ್ಕಾರಿ ಗೆರುಂಟೆಡ್ ಅಧಿಕಾರಿ 8) ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯ / ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯಿನಿ 9) ಹೆಡ್ ಪೋಸ್ಟ್ ಮಿಸ್ಟರ್ಸ್ 10) ಮ್ಯಾಜಿಸ್ಟ್ರೇಟ್
11) ಸರಪಂಚರು / ಪೊಲೀಸ್ ಪಾಟೀಲರು ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮೃತರಿಗೆ ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದವರು ಆಗಿರಬೇಕು.

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

ಸ್ಟಾರ್ ಯೂನಿಯನ್ ಡಾಯಿ-ಇಚಿ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ರಿಜಿಸ್ಟರ್ಡ್ ಕಛೇರಿ: 11ನೇ ಮಹಡಿ, ವಿಶ್ವರೂಪ್ ಐಟಿ ಪಾರ್ಕ್, ಪ್ಲಾಟ್ ನಂ. 34, 35 ಮತ್ತು 38, ಸೆಕ್ಟರ್ 30ಎ ಐಐಪಿ, ವಾಶಿ, ನವಿ ಮುಂಬಯಿ - 400 703.

☎: 18002668833 (ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ) / 022-39546300 (ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್) - ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 8.00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 8.00 ರ ವರೆಗೆ (ಸೋಮವಾರ - ಶನಿವಾರ).

ಇಮೇಲ್: customercare@sudlife.in | ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.sudlife.in | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

**ADVANCE DISCHARGE VOUCHER –
DEATH CLAIM PROCEEDS****ಮುಂಗಡ ತೀರಿಕೆ ವೋಚರ್ - ಮರಣ ಕ್ಲೇಮು ಉತ್ಪತ್ತಿ**IRDA REGN. NO. 142
PAGE 2 / ಪುಟ 2**DECLARATION TO BE MADE BY THIRD PARTY IF / ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ತೃತೀಯ ಪಕ್ಷಕಾರರಿಂದ ಮಾಡಲಾಗುವ ಘೋಷಣೆ:**

Policyholder has affixed thumb impression OR Policyholder has signed in vernacular OR Policyholder has not filled the Application.

ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ಹೆಬ್ಬರ ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತುಂಬಿಲ್ಲ.

I, Mr./Ms./Dr.
ನಾನು ಶ್ರೀ/ ಕುಮಾರಿ/ಡಾ.:Address / ವಿಳಾಸ:
having known the policyholder for a period of (month/years); do declare that I have explained the contents of this form to the policyholder in his/her language and have truthfully recorded the answers provided by him/her. I further declare that the policyholder has affixed his signature/thumb impression in my presence. (ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷಗಳು) ಅವಧಿಯ ಕಾಲ ಪಾಲಿಸಿದಾರರನ್ನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವನ/ಅವಳ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅವನು/ಅವಳು ನೀಡಿದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಸತ್ಯಪೂರ್ಣವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ನನ್ನ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬರ ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಮುಂದಕ್ಕೆ ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

Signature of Declarant: _____ Place: _____ Date: _____

ಘೋಷಣೆದಾರರ ಸಹಿ: _____ ಸ್ಥಳ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____

- In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- ಫಾರ್ಮ್ಯಾಟ್‌ನ ವಿಷಯಗಳ ಅರ್ಥ ವಿವರಣೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಆವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಮುದ್ರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಫಾರ್ಮ್ಯಾಟ್ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

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: customer-care@sudlife.in | Website: www.sudlife.in | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472**ಸ್ಟಾರ್ ಯೂನಿಯನ್ ಡಾಯಿ-ಇಚಿ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್****ರಿಜಿಸ್ಟರ್ಡ್ ಕಛೇರಿ:** 11ನೇ ಮಹಡಿ, ವಿಶ್ವರೂಪ್ ಐಟಿ ಪಾರ್ಕ್, ಪ್ಲಾಟ್ ನಂ. 34, 35 ಮತ್ತು 38, ಸೆಕ್ಟರ್ 30ಎ ಐಐಪಿ, ವಾಶಿ, ನವಿ ಮುಂಬಯಿ - 400 703.

☎: 18002668833 (ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ) / 022-39546300 (ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್) - ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 8.00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 8.00 ರ ವರೆಗೆ (ಸೋಮವಾರ - ಶನಿವಾರ).

ಇಮೇಲ್: customer-care@sudlife.in | ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.sudlife.in | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472