

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

അഡ്വാൻസ് ഡിസ്ചാർജ്ജ് വൗച്ചർ - ഡെത്ത് ക്ലെയിം തുക

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

POLICY DETAILS / പോളിസി വിവരങ്ങൾ

Policy No./ പോളിസി നം.

Name of Policyholder: പോളിസിഹോൾഡറുടെ പേര്:

Name of Life Assured: ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളുടെ പേര്:

Flat/Plot No.: ഫ്ലാറ്റ്/പ്ലോട്ട് നം.: Building Name: ബിൽഡിംഗിന്റെ പേര്:

Road/റോഡ്: Landmark: ലാന്റ്മാർക്ക്:

City/District: പട്ടണം/ജില്ല: State: സംസ്ഥാനം:

Pin Code / പിൻകോഡ്: Phone No.: ഫോൺ നം.:

Email ID: ഇമെയിൽ ഐഡി:

DECLARATION / സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലുകൾ

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. _____.

ഞാൻ, മി./മിസ്സ്/ഡോ. _____, നോമിനി, ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നത് എന്തെന്നാൽ ₹ _____ (അക്ഷരത്തിൽ) _____ (അക്ഷരത്തിൽ) സ്റ്റാർ യൂണിയൻ ഡി.ഐ.ഐ. ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിൽ നിന്നും മി./മിസ്സ്/ഡോ. _____ ന്റെ പേരിലുള്ള മേല്പറഞ്ഞ പോളിസിക്കു കീഴിൽ ലഭിക്കേണ്ട എല്ലാ ആനുകൂല്യങ്ങളുടെയും പൂർണ്ണവും അന്തിമവുമായ സെറ്റിൽമെന്റായി കൈപ്പറ്റിയിരിക്കുന്നു.

Details of Payment/പേമെന്റിന്റെ വിവരങ്ങൾ:

Sum Assured under the policy / പോളിസിക്കു കീഴിലുള്ള ഉറപ്പു നൽകപ്പെട്ട തുക: ₹ _____

Less: Mortality Charges / ന്യൂനം: മോർട്ടലിറ്റി ചാർജ്ജുകൾ: ₹ _____

Less: Fund Value Already Paid (If Applicable) / ന്യൂനം: നേരത്തേ നൽകിയിട്ടുള്ള ഫണ്ട് മൂല്യം: (ബാധകമാണെങ്കിൽ) ₹ _____

Net Claim Amount payable / ആകെ നൽകാനുള്ള ക്ലെയിം തുക: ₹ _____

Please affix Re 1/- revenue stamp & sign across the stamp
₹1/റവന്യൂ സ്റ്റാമ്പ് പതിച്ച് അതിനു മുകളിലൂടെ ഒപ്പു വയ്ക്കുക

Claimant/Nominee / ക്ലെയിം നടത്തുന്നയാൾ/നോമിനി:

Name / പേര്: _____

Address: _____

Contact No. / സമ്പർക്ക നം.: _____

Signature/Thumb Impression:

Witness / സാക്ഷി:

Name / പേര്: _____

Address: _____

Contact No. / സമ്പർക്ക നം.: _____

Signature/Thumb Impression:

Date / തീയതി:

Place / സ്ഥലം:

(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.)

(സാക്ഷിയായി ഒപ്പു വയ്ക്കുന്നയാൾ ഇവരിൽ ആരെങ്കിലുമായിരിക്കണം: 1) വക്കീൽ 2) ബാങ്കിന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി / എവിപി - എസ്യുഡി ലൈഫിന്റെ ബാങ്കുറൻസ് മാനേജർ 3) ബാങ്കിന്റെ ബ്രാഞ്ച് മാനേജർ 4) ബ്ലോക്ക് ഡെവലപ്മെന്റ് ഓഫീസർ 5) കമ്മീഷണർ ഓഫ് ഓത്സ് 6) കുടുംബ ഡോക്ടർ 7) ഗവ. ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ 8) ഹെഡ്മാസ്റ്റർ / ഹെഡ്മിസ്ട്രസ്സ് 9) ഹെഡ് പോസ്റ്റ് മാസ്റ്റർ 10) മജിസ്ട്രേറ്റ് 11) സർപഞ്ച്/പോലീസ് പാട്ടീൽ. യാതൊരു തരത്തിലും മരണപ്പെട്ടയാളുമായി ബന്ധമുള്ള ആളായിരിക്കാൻ പാടില്ല.)

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

അഡ്വാൻസ് ഡിസ്ചാർജ്ജ് വൗച്ചർ - ഡെത്ത് ക്ലെയിം തുക

IRDA REGN. NO. 142
 PAGE | 2 / പേജ് | 2

DECLARATION TO BE MADE BY THIRD PARTY IF / ഒരു മൂന്നാം കക്ഷിയുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ, താഴെപ്പറയുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിൽ:

Policyholder has affixed thumb impression OR Policyholder has signed in vernacular OR Policyholder has not filled the Application.
 പോളിസിഹോൾഡർ പെരുവിരലടയാളം പതിച്ചു അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിഹോൾഡർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പു വച്ചു അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിഹോൾഡർ അപേക്ഷാ ഫോറം പൂരിപ്പിച്ചില്ല

I, Mr./Ms./Dr.
 ഞാൻ, മി./മിസ്സ്/ഡോ.

Address
 വിലാസം:

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.

പോളിസിഹോൾഡറെ കഴിഞ്ഞ (മാസം/വർഷം) കാലമായി പരിചയമുണ്ട്. ഞാൻ ഈ അപേക്ഷാ ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം പോളിസിഹോൾഡർക്ക് അയാളുടെ/അവരുടെ സ്വന്തം ഭാഷയിൽ വിവരിച്ചു നൽകുകയും അയാൾ/അവർ നൽകിയ ഉത്തരങ്ങൾ സത്യസന്ധമായി രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തു എന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കൂടാതെ, പോളിസിഹോൾഡർ എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിൽ ഒപ്പു വച്ചു/പെരുവിരലടയാളം പതിച്ചു എന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

Signature of Declarant: _____ Place: _____ Date: _____

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നയാളുടെ ഒപ്പ്: _____ സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____

- In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതിൽ എന്തെങ്കിലും തർക്കം ഉടലെടുക്കുന്നപക്ഷം ഇംഗ്ലീഷിലുള്ള ഫോറം മാനിക്കപ്പെടുന്നതാണ്.

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

സ്റ്റാർ യൂണിയൻ ഡായ്-ഇച്ചി ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റേർഡ് കാഫീസ്: 11-ാം നില, വിശ്വരൂപ് ഐടി പാർക്ക്, പ്ലോട്ട് നം. 34, 35 & 38, ഐഐപി സെക്ടർ 30എ, വാഷി, നവി മുംബൈ - 400 703.

☎: 18002668833 (ടോൾ ഫ്രീ) / 022-39546300 (ലാന്റൈൻ) - രാവിലെ 8.00 മുതൽ വൈകിട്ട് 8.00 വരെ (തിങ്കളാഴ്ച - ശനിയാഴ്ച).

ഇമെയിൽ: customercare@sudlife.in | വെബ്സൈറ്റ്: www.sudlife.in | ഐആർഡിഎ രജി. നം: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472