

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

अडव्हान्स डिस्चार्ज व्हाउचर – मृत्यू दावा रक्कम

IRDA REGN. NO. 142
PAGE | 1/ पान | 1

POLICY DETAILS / पॉलिसीची माहिती

Policy No./पॉलिसी नं.	<input type="text"/>
Name of Policyholder: पॉलिसीधारकाचे नाव:	<input type="text"/>
Name of Life Assured: विमित व्यक्तीचे नाव:	<input type="text"/>
Flat/Plot No./फ्लॉट / प्लॉट नं.:	<input type="text"/>
Road/रोड:	<input type="text"/>
City/District / शहर / जिल्हा:	<input type="text"/>
Pin Code / पिन कोड:	<input type="text"/>
Email ID / ईमेल आयडी:	<input type="text"/>
Building Name बिल्डिंगचे नाव:	<input type="text"/>
Landmark लँडमार्क	<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. _____,
मी श्री/श्रीमती/कुमारी _____, नॉमिनी;
याअन्वये ₹ _____ (आकड्यांमध्ये) _____ (शब्दांमध्ये) स्टार युनियन दाई-इचि लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लि. कडून वर
उल्लेखिलेल्या श्री/श्रीमती/कुमारी _____ यांच्या जीवनावरील पॉलिसीची पूर्ण व अंतिम रक्कम म्हणून प्राप्त झाली.

Details of Payment/भरणा तपशील:

Sum Assured under the policy / पॉलिसी अंतर्गत निश्चित रक्कम:	₹ _____
Less: Mortality Charges / वजा: मॉर्टॅलिटी चार्जेस:	₹ _____
Less: Fund Value Already Paid (If Applicable) वजा: आधीच भरलेले फंड मूल्य (लागू असल्यास)	₹ _____
Net Claim Amount payable / निव्वळ देय कलेम रक्कम:	₹ _____

Please affix
Re 1/-
revenue stamp
& sign across
the stamp
कृपया रु. 1/- चा
रेव्ह्यू स्टॅम्प लावा
आणि स्टॅम्पवर
स्वाक्षरी करा.

Claimant/Nominee / दावा सांगाणारा / नॉमिनी:

Name / नाव: _____
Address
पत्ता: _____
Contact No.
संपर्काचा क्रमांक: _____
Signature/
Thumb
Impression
सही /
अंगठ्याचा ठसा:

Witness / साक्षीदार :

Name / नाव: _____
Address
पत्ता: _____
Contact No.
संपर्काचा क्रमांक: _____
Signature/
Thumb
Impression
सही /
अंगठ्याचा ठसा:

Date / दिनांक:

Place / ठिकाण:

Date / दिनांक:

Place / ठिकाण:

(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.)

(साक्षीदार म्हणून सही करणारी व्यक्ती 1) वकील 2) बँकेच्या विशिष्ट व्यक्तिसंघील एक / एव्हीपी - बँकअंशुरन्स मॅनेजर एसयुडी लाईफ येथे 3) बँक ब्रांच मॅनेजर 4) गट विकास अधिकारी 5) कमिशनर ऑफ ओथ्स 6) फॅमिली फिझिशियन 7) सरकारी राजपत्रित अधिकारी 8) मुख्याध्यापक / मुख्याध्यापिका 9) हेड पोस्ट मास्टर 10) मॅजिस्ट्रेट 11) सरपंच / पोलिस पाटील असायला हवा आणि त्याचे मृत व्यक्तीशी कोणत्याही प्रकारे नाते असता कामा नये.

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 युनियन दाई-इचि लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: 11वा मजला, विश्वरूप आयटी पार्क, प्लॉट क्रमांक 34, 35 आणि 38, सेक्टर 30ए आयआयपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.
☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लँडलाईन) - सकाळी 8.00 ते रात्री 8.00 (सोमवार - शनिवार).
ईमेल: customercare@sudlife.in | वेबसाईट: www.sudlife.in | आयआरडीएआय रजिस्ट्रेशन नं. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

अडव्हान्स डिस्चार्ज व्हाउचर – मृत्यू दावा रक्कम

IRDA REGN. NO. 142
PAGE | 2/ पान | 2

DECLARATION TO BE MADE BY THIRD PARTY IF / तिसऱ्या पक्षाने करण्याचे घोषणापत्र, जर

Policyholder has affixed thumb impression OR Policyholder has signed in vernacular OR Policyholder has not filled the Application.
पॉलिसीधारकाने अंगठ्याचा ठसा उमटवला आहे किंवा पॉलिसीधारकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली आहे किंवा पॉलिसीधारकाने अर्ज भरलेला नाही.

I, Mr./Ms./Dr.
मी, श्री/ कुमारी/ डॉ.

Address / पत्ता

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.

पॉलिसीधारकाला (महिने/वर्ष) ओळखत असून ह्याद्वारे घोषित करत आहे की मी ह्या प्रपत्रातील माहिती पॉलिसीधारकाला त्याच्या/तिच्या भाषेत समजावून सांगितली आहे आणि त्याने/तिने दिलेली उत्तरे प्रमाणिकपणे नोंदविली आहेत. मी अधिक घोषित करत आहे की पॉलिसीधारकाने माझ्या समक्ष स्वाक्षरी केली आहे/अंगठा उमटवला आहे.

Signature of Declarant: _____ Place: _____ Date: _____

घोषणा करणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी: _____ ठिकाण: _____ दिनांक: _____

- In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- प्रपत्रातील माहितीचा अर्थ लावताना काही असहमती झाल्यास, इंग्रजी आवृत्तीच छापलेले प्रपत्र लागू असेल.

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

स्टार युनियन दाई-इचि लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: 11वा मजला, विश्वरूप आयटी पार्क, प्लॉट क्रमांक 34, 35 आणि 38, सेक्टर 30ए आयआयपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.

☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लँडलाईन) - सकाळी 8.00 ते रात्री 8.00 (सोमवार - शनिवार).

ईमेल: customer-care@sudlife.in | वेबसाईट: www.sudlife.in | आयआरडीएआय रजिस्ट्रेशन नं. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472