

# ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

ଆବଦାନ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଭାଗର - ମୃତ୍ୟୁକ୍ରିତ ଦାବୀ ପ୍ରଣାଳୀ

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

## POLICY DETAILS / ପଲିସି ବିବରଣୀ

Policy No./ ପଲିସି ନମ୍ବର:

Name of Policyholder: ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ନାମ:

Name of Life Assured: ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ନାମ:

Flat/Plot No.:/ ପ୍ଲଟ/ ପ୍ଲଟ ନଂ:  Building Name ବିଲ୍ଡିଂ ନାମ:

Road/ ରୋଡ୍:  Landmark ଲ୍ୟାଣ୍ଡ ମାର୍କ:

City/District / ସହର/ଜିଲ୍ଲା:  State ରାଜ୍ୟ:

Pin Code / ପିନ୍ କୋଡ୍:  Phone No. ଫୋନ୍ ନଂ:

Email ID / ଇମେଲ୍ ଆଇଡି:

## DECLARATION / ଘୋଷଣା

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. \_\_\_\_\_.

ମୁଁ, ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/କୁମାରୀ/ଡଃ. \_\_\_\_\_, ନୋମିନି, ଏବଦାନଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/ କୁମାରୀ /ଡଃ. \_\_\_\_\_ କର ଉପରୋକ୍ତ ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସି ବାବଦକୁ ଷ୍ଟାର ୟୁନିୟନ ଡାୟ-ଇଚି ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଚଥା ବୃତ୍ତାନ୍ତ ଛାଡ଼ିବା ପ୍ରକାରେ ₹ \_\_\_\_\_ (ଅଙ୍କରେ), \_\_\_\_\_ (ଶବ୍ଦରେ) ଗ୍ରହଣ ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ।

### Details of Payment / ପଇଠ ବିବରଣୀ:

Sum Assured under the policy / ଏହି ପଲିସି ଅଧିନସ୍ଥ ବୀମା ଅର୍ଥ: ₹ \_\_\_\_\_

Less: Mortality Charges / ଛାଡ଼ : ମୋର୍ଟାଲିଟି ଚାର୍ଜ୍: ₹ \_\_\_\_\_

Less: Fund Value Already Paid (If Applicable) ଛାଡ଼ : ପଇଠ ହୋଇସାରିଥିବା ଫଣ୍ଡ ଭାଲ୍ୟୁ:(ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) ₹ \_\_\_\_\_

Net Claim Amount payable / ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଥିବା ନେଟ୍ ଦାବୀ ପରିମାଣ: ₹ \_\_\_\_\_

Please affix Re 1/- revenue stamp & sign across the stamp  
ଟ. 1/-ର ରେଭିନ୍ୟୁ ଷ୍ଟାମ୍ପ ଚସା କରି ଇଚାକୁ ଓ ଏହା ଉପରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ

### Claimant/Nominee / ଦାବୀଦାର / ନୋମିନି:

Name / ନାମ: \_\_\_\_\_

Address ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

Contact No. ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

Signature/Thumb Impression ସ୍ୱାକ୍ଷର / ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଠି ଛାପ:

### Witness / ସାକ୍ଷୀ:

Name / ନାମ: \_\_\_\_\_

Address ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

Contact No. ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_

Signature/Thumb Impression ସ୍ୱାକ୍ଷର / ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଠି ଛାପ:

Date / ତାରିଖ:

Date / ତାରିଖ:

Place / ସ୍ଥାନ:

Place / ସ୍ଥାନ:

(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.)

(ଯେଉଁ ବ୍ୟକ୍ତି ସାକ୍ଷୀ ଭାବରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରୁଛନ୍ତି ସେ ଏହା ହେବା ଆବଶ୍ୟକ 1) ଓକିଲ, 2) ବ୍ୟାଙ୍କର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତି / ଏସ୍ପିଏ- ଏସ୍ପିଏ ଲାଇଫ୍ ବ୍ୟାଙ୍କ ଆସୁରାନ୍ସ ମ୍ୟାନେଜର, 3) ବ୍ୟାଙ୍କର ଶାଖା ପ୍ରବନ୍ଧକ, 4) ବ୍ଲକ୍ ଡେଭଲପମେଣ୍ଟ ଅଫିସର, 5) ଓଥ୍ କମିଶନର, 6) ପରିବାର ଡାକ୍ତର, 7) ସରକାରୀ ଗେଜେଟେଡ୍ ଅଧିକାରୀ, 8) ହେଡ୍ ମାଷ୍ଟର/ହେଡ୍ ମିଷ୍ଟ୍ରେସ୍, 9) ହେଡ୍ ପୋଷ୍ଟ ମାଷ୍ଟର, 10) ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍, 11) ସରପଞ୍ଚ / ପୋଲିସ୍ ପାଟିଲ୍ ଏବଂ ଯିଏ କି ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସହିତ କୌଣସି ସମ୍ପର୍କରେ ନାହାନ୍ତି ।)

# ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

## ଆଦ୍ୱାନ୍ତତ୍ୱ ବିସ୍ତାର୍ଜ ଉତ୍ତର - ମୃତ୍ୟୁକ୍ଳମିତ ଦାବା ପ୍ରଣାଳୀ

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

### DECLARATION TO BE MADE BY THIRD PARTY IF / ତୃତୀୟ ପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣାନାମା ଯଦି

Policyholder has affixed thumb impression OR Policyholder has signed in vernacular OR Policyholder has not filled the Application.  
ପଲିସିଧାରୀ ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଠି ଛାପ ଦେଇଅଛି କିମ୍ବା ପଲିସିଧାରୀ ଆଞ୍ଚଳିକ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଅଛି କିମ୍ବା ପଲିସିଧାରୀ ଆବେଦନଟିକୁ ପୂରଣ କରିନାହାନ୍ତି ।

I, Mr./Ms./Dr.   
ମୁଁ ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/ଡ.

Address / ଠିକଣା

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.

ପଲିସିଧାରୀଙ୍କୁ  (ମାସ/ବର୍ଷ) ଧରି ଜାଣିଆସିଛି, ଏଠାରେ ଏହା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ଫର୍ମରେ ରହିଥିବା ସମସ୍ତ ବିଷୟକୁ ପଲିସିଧାରୀଙ୍କୁ ତାଙ୍କ ଭାଷାରେ ବୁଝାଇ ଦେଇଛି ଏବଂ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଉତ୍ତର ଗୁଡ଼ିକୁ ଠିକ୍ ଭାବରେ ରେକର୍ଡ କରିଅଛି । ମୁଁ ପୁନଶ୍ଚ ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ପଲିସିଧାରୀ ମୋ ଉପସ୍ଥିତିରେ ତାଙ୍କର ସ୍ୱାକ୍ଷର / ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଷ୍ଠି ଛାପ ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି ।

Signature of Declarant: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ଘୋଷଣାକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର \_\_\_\_\_ ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

- In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- ଏହି ଫର୍ମରେ ଥିବା ବିଷୟରେ ଯଦି କୌଣସି ପାର୍ଥକ୍ୟ ପରିଲକ୍ଷିତ ହୁଏ ତେବେ ଇଂରାଜୀ ଭାଷାରେ ପ୍ରକାଶିତ ଫର୍ମର ବିଧିବଦ୍ଧ ହେବ ।