

**ADVANCE DISCHARGE VOUCHER –
DEATH CLAIM PROCEEDS**

ਅਡਵਾਂਸ ਡਿਸਚਾਰਜ ਵਾਉਚਰ-ਮੌਤ ਦਾਅਵਾ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ:

IRDA REGN. NO. 142

PAGE | 1 / ਪੰਨੇ 1

POLICY DETAILS / ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

Policy No./ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.:

Name of Policyholder: ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਂ:

Name of Life Assured: ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ:

Flat/Plot No.: ਫਲੈਟ / ਪਲਾਟ ਨੰ.: Building Name: ਬਿਲਡਿੰਗ ਦਾ ਨਾਂ:

Road / ਸੜਕ: Landmark: ਲੰਡਮਾਰਕ:

City/District: ਸ਼ਹਿਰ / ਜਿਲਾ: State: ਰਾਜ:

Pin Code / ਪਿਨ ਕੋਡ: Phone No.: ਫੋਨ ਨੰ.:

Email ID / ਈਮੇਲ:

DECLARATION / ਘੋਸ਼ਣਾ

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. _____.

ਮੈਂ, ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ/ਡਾ. _____, ਨਾਮਜ਼ਦ
ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ₹ _____ (ਸੰਖਿਆ ਵਿੱਚ) _____ (ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ ਦੀ ਸਟਾਰ)

ਯੂਨੀਅਨ ਡਾਈ-ਇਚੀ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ ਦੁਆਰਾ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਕੁਮਾਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ/ਡਾ. _____
ਦੇ ਜੀਵਨ ਸੰਬੰਧੀ ਪਾਲਿਸੀ ਉਪਰੋਕਤ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਪੂਰਨ ਅਤੇ ਅੰਤਿਮ ਸਮਝੌਤੇ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।

Details of Payment / ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

Sum Assured under the policy / ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਬੀਮਾ ਰਾਸ਼ੀ: ₹ _____

Less: Mortality Charges / ਘਟਾਓ: ਮੌਤ ਦਰ ਚਾਰਜਿਜ਼: ₹ _____

Less: Fund Value Already Paid (If Applicable)
ਘਟਾਓ: ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਫੰਡ ਵੈਲੂ: (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ) ₹ _____

Net Claim Amount payable / ਸ਼ੁੱਧ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਦਾਅਵਾ ਰਾਸ਼ੀ: ₹ _____

Please affix
Re 1/-
revenue stamp
& sign across
the stamp
1 ਰੁ. ਦੀ ਰੇਨੇਨਿਊ
ਟਿਕਟ ਲਗਾਓ ਅਤੇ
ਇਸ ਟਿਕਟ ਤੇ
ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।

Claimant/Nominee / ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਨਾਮਜ਼ਦ

Name / ਨਾਂ: _____

Address
ਪਤਾ: _____

Contact No.
ਸੰਪਰਕ ਨੰ.: _____

Signature/
Thumb
Impression
ਹਸਤਾ/
ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ:

Witness / ਗਵਾਹ

Name / ਨਾਂ: _____

Address
ਪਤਾ: _____

Contact No.
ਸੰਪਰਕ ਨੰ.: _____

Signature/
Thumb
Impression
ਹਸਤਾ/
ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ:

Date / ਤਾਰੀਖ:

Place / ਸਥਾਨ:

Date / ਤਾਰੀਖ:

Place / ਸਥਾਨ:

(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.)

(ਗਵਾਹ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ 1) ਵਕੀਲ 2) ਬੈਂਕਾਂ ਦਾ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ/AVP-SUD ਲਾਇਫ਼ ਦਾ ਬੈਨਕਾਐਸ਼ਰੈਂਸ ਮੈਨੇਜਰ 3) ਬੈਂਕ ਬਰਾਂਚ ਮੈਨੇਜਰ
4) ਬਲਾਕ ਡੈਵਲਪਮੈਂਟ ਅਫ਼ਸਰ 5) ਸਹੁੰ ਚੁਕਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕਮੀਸ਼ਨਰ 6) ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ 7) ਸਰਕਾਰੀ ਰਾਜਿਟਿਡ ਅਫ਼ਸਰ 8) ਮੁੱਖ ਅਧਿਕਾਰਕ/ਅਧਿਆਪਕ 9) ਮੁੱਖ ਪੋਸਟ ਮਾਸਟਰ 10) ਜੱਜ
11) ਸਰਪੰਚ/ਪੁਲਿਸ ਪਾਟਿਲ; ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਵੀ ਕਿਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਮ੍ਰਿਤਕ ਨਾਲ ਕੋਈ ਰਿਸ਼ਤਾ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

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

ਸਟਾਰ ਯੂਨਿਯਨ ਡਾਈ-ਇਚੀ ਲਾਇਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ

ਪੰਜੀਕ੍ਰਿਤ ਦਫ਼ਤਰ: 11 ਵੀਂ ਮੰਜਿਲ, ਵਿਸ਼ਵਰੂਪ ਆਈਟੀ ਪਾਰਕ, ਪਲਾਟ ਨੰ. 34, 35 ਅਤੇ 38, ਸੈਕਟਰ 30A ਆਈਆਈਪੀ ਦਾ 30ਵੇਂ, ਵਾਸ਼ੀ, ਨਵੀਂ ਮੁੰਬਈ - 400 703.

☎: 18002668833 (ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ) / 022-39546300 (ਲੈਂਡ ਲਾਈਨ) - ਸਵੇਰੇ 8.00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ ਦੇ 8.00 ਵਜੇ ਤਕ (ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ਨੀਵਾਰ).

ਈਮੇਲ: customercare@sudlife.in | ਵੈਬਸਾਈਟ: www.sudlife.in | ਆਈਆਰਡੀਏ ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰ.: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

ਅਡਵਾਂਸ ਡਿਸਚਾਰਜ ਵਾਉਚਰ – ਮੌਤ ਦਾਅਵਾ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ:

IRDA REGN. NO. 142
PAGE | 2 / ਪੰਨੇ 2

DECLARATION TO BE MADE BY THIRD PARTY IF / ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕੀਤੀ ਜਾਏ ਜਦੋਂ

Policyholder has affixed thumb impression OR Policyholder has signed in vernacular OR Policyholder has not filled the Application.
ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਆਵੇਦਨ ਨਾ ਭਰਿਆ ਹੋਵੇ,

I, Mr./Ms./Dr.
ਮੈਂ, ਸ੍ਰੀ/ਕੁਮਾਰੀ/ਡਾ.
Address / ਪਤਾ:

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.

ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੂੰ (ਮਹੀਨੇ / ਸਾਲ) ਦੀ ਅਵਧੀ ਤੋਂ ਜਾਣਦਾ / ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਪ੍ਰਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਗੱਲਾਂ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਮੈਂ ਸਹੀ - ਸਹੀ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਮੇਰੀ ਉਪਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ / ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠਾ ਲਗਾਇਆ ਹੈ।

Signature of Declarant: _____ Place: _____ Date: _____
ਘੋਸ਼ਣਾਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਸਥਾਨ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

- In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- ਪ੍ਰਕਾਸ਼ ਦੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲੀਆਂ ਨਿਕਾਲਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਅਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਅੰਗ੍ਰੇਜੀ ਸੰਸਕਰਣ ਵਿੱਚ ਛਪਾਈ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ ਵਧ ਹੋਵੇਗਾ।

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

ਸਟਾਰ ਯੂਨੀਅਨ ਦਾਇ-ਇਚਿ ਲਾਇਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ

ਪੰਜੀਕ੍ਰਿਤ ਦਫ਼ਤਰ: 11 ਵੀਂ ਮੰਜਿਲ, ਵਿਸ਼ਵਰੂਪ ਆਈਟੀ ਪਾਰਕ, ਪਲਾਟ ਨੰ. 34, 35 ਅਤੇ 38, ਸੈਕਟਰ ਆਈਆਈਪੀ ਦਾ 30ਏ, ਵਾਸ਼ੀ, ਨਵੀਂ ਮੁੰਬਈ - 400 703.
☎: 18002668833 (ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ) / 022-39546300 (ਲੈਂਡ ਲਾਈਨ) - ਸਵੇਰੇ 8.00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ ਦੇ 8.00 ਵਜੇ ਤਕ (ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ਨੀਵਾਰ).
ਈਮੇਲ: customercare@sudlife.in | ਵੈਬਸਾਈਟ: www.sudlife.in | ਆਈਆਰਡੀਏ ਪੰਜੀਕਰਣ ਨੰ.: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472