

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

అడ్వాన్స్ డిస్చార్జ్ ఓచర్- డెత్ క్లెయిమ్ సామ్ము

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

POLICY DETAILS / పాలసీ వివరాలు

Policy No. / పాలసీ నెం.

Name of Policyholder: పాలసీదారుని పేరు

Name of Life Assured: బీమాదారుని పేరు

Flat/Plot No. / ఫ్లాట్/ప్లాట్ నెం. Building Name / బిల్డింగ్ పేరు:

Road / రోడ్: Landmark / గుర్తులు:

City/District / నగరం/జిల్లా: State / రాష్ట్రం:

Pin Code / పిన్ కోడ్: Phone No. / ఫోన్ నెం.

Email ID / ఈమెయిల్ ఐడి:

DECLARATION / దృవీకరణలు

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. _____.

నేను, శ్రీ/మిస్/శ్రీమతి/డా. _____, నామినీ; ఇందుమూలంగా దృవీకరించుచున్నది ఏమనగా రూ. _____ (అంకెల్లో), _____ (అక్షరల్లో) స్టార్ యూనియన్ దాయ-ఇచి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ చే శ్రీ/మిస్/శ్రీమతి/డా. _____ యొక్క జీవితంపై పైన పేర్కొన్న పాలసీ కింద సంపూర్ణ మరియు తుది పరిష్కారంగా అందాయి.

Details of Payment/చెల్లింపు వివరాలు:

Sum Assured under the policy / పాలసీ కింద బీమా సామ్ము: ₹ _____

Less: Mortality Charges / తీసివేయబడినవి: మోర్టాలిటీ ఛార్జీలు: ₹ _____

Less: Fund Value Already Paid (If Applicable) / తీసివేయబడినవి: అప్పటికే చెల్లించిన ఫండ్ విలువ: (వర్గిస్తే) ₹ _____

Net Claim Amount payable / చెల్లించవలసిన నికర క్లెయిమ్ సామ్ము: ₹ _____

Please affix Re 1/- revenue stamp & sign across the stamp
₹1/-
రెవెన్యూ స్టాంప్ మరియు అతికించి సంతకం చేయాలి

Claimant/Nominee / క్లెయిమ్దారు/నామినీ:

Name / పేరు: _____

Address / చిరునామా: _____

Contact No. / సంప్రదించవలసిన నం: _____

Signature/Thumb Impression / సంతకం/బొటనవేలి ముద్ర:

Witness / సాక్షి:

Name / పేరు: _____

Address / చిరునామా: _____

Contact No. / సంప్రదించవలసిన నం: _____

Signature/Thumb Impression / సంతకం/బొటనవేలి ముద్ర:

Date / తేదీ:

Place / స్థలం:

(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.)

(సాక్షిగా సంతకం చేసే వ్యక్తి పేరు అయివుండాలి 1) లాయర్ 2) బ్యాంకులు సూచించిన వ్యక్తి/ఎవిపి- ఎన్యుడి లైఫ్ బ్యాంక్ అన్యూరెన్స్ మేనేజర్ 3) బ్యాంకు బ్రాంచి మేనేజర్ 4) బ్లాక్ డెవలప్ మెంట్ ఆఫీసర్ 5) కమిషనర్ ఆఫ్ ఓత్స్ 6) కుటుంబ ఫిజిషియన్ 7) ప్రభుత్వ గెజిటెడ్ ఆఫీసర్ 8) హెడ్ మిస్ట్రెస్ 9) ప్రధాన పోస్టు మాస్టర్ 10) మెజిస్ట్రేట్ 11) సర్పంచ్/పాలీసు పాటిల్; మరియు చనిపోయిన వ్యక్తితో ఏ విధంగానూ సంబంధం ఉండకూడదు.)

ADVANCE DISCHARGE VOUCHER – DEATH CLAIM PROCEEDS

అడ్వాన్స్ డిస్చార్జ్ ఓచర్- డెత్ క్లెయిమ్ సొమ్ము

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

DECLARATION TO BE MADE BY THIRD PARTY IF / తృతీయ పార్టీచే దృవీకరించబడినది:

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

పాలసీదారుడు వేలి ముత్ర వేసినప్పుడు / పాలసీదారుడు ప్రాంతీయభాషలో సంతకం చేసినప్పుడు లేదా పాలసీదారుడు కాకుండా, మీరే ఇతర వ్యక్తి ధరఖస్తు నింపినచో

I, Mr./Ms./Dr.

నేను, శ్రీ/శ్రీమతి/డా.

Address

చిరునామా

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.

పాలసీదారుడు/ నోమిని (నెల/సంవత్సరం) నుండి నాకు తెలుసు; పాలసీదారుడుకి తెలిసిన భాషలో వివరాలని క్షుణ్ణంగా తెలియజేసి జవాబులని అందిస్తున్నాను. పాలసీదారుడు/నోమిని సంతకం/వేలి ముత్ర నా ఎదుట చేసినారని నిర్ధారిస్తున్నాను.

Signature of Declarant: _____ Place: _____ Date: _____

అభ్యర్థి సంతకం: _____ ప్రదేశం: _____ తేదీ: _____

- In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- ఏదైనా అసంగీకారం ఉంటే, ఫార్మాట్ వివరాలకు అంతరాయం కలిగిస్తే, ఫార్మాట్ ఆంగ్ల అనువాదం ఉంటుంది

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

స్టార్ యూనియన్ డాయ్-ఇచ్ డైస్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం: 11వ అంతస్తు, విశ్వరూప్ ఐటి పార్క్, ప్లాట్ నం. 34, 35 మరియు 38, సెక్టార్ 30ఎ, వాషి, నవి ముంబయి - 400 703.
☎: 18002668833 (టోల్ ఫ్రీ) / 022-39546300 (లాండ్ లైన్) - 8.00 ఎం సుంచి 8.00 పీఎం (సోమవారం - శనివారం).
ఈమెయిల్: customercare@sudlife.in | వెబ్సైట్: www.sudlife.in | ఐఆర్డిఐ 8జిస్ట్రేషన్ నం. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472