

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

ম্যাচুরিটি ক্লেম ডিসচার্জ ভাউচার

PAGE | 1 / পৃষ্ঠা | 1

Instructions / নির্দেশাবলি:

- * Please attach Cancelled Cheque Leaf (pre printed name) **OR** Photo copy of Bank Passbook
- * Direct credit will be made only if possible and allowed by banks as per Banking Regulations
- * In the event of any disagreement in interpreting the contents of the format, the format that was printed in English version prevails.
- * অনুগ্রহ করে ক্যান্সেলড চেকের পাতা সংযুক্ত করুন (প্রি-প্রিন্টেড নাম) বা ব্যাঙ্ক পাসবুক ফোটো কপি সংযুক্ত করুন।
- * ডাইরেক্ট ক্রেডিট সম্ভব হলে করা হবে এবং তা করা হবে ব্যাঙ্কের দ্বারা ব্যাঙ্কিং নিয়মকানুনের সাপেক্ষে।
- * কোনও প্রকরণের বিষয়বস্তুর নিহিতার্থের ঘটনার ক্ষেত্রে অসম্মতি দেখা দিলে, প্রকরণটির ইংরেজী সংস্করণ স্বীকার করা হবে।

Personal Details / ব্যক্তিগত বিবরণ

Policy Number / পলিসি নম্বর	
Policyholder's Name / পলিসিধারকের নাম	
Life Assured Name / লাইফ অ্যাসিওর্ডের নাম	
Date of Maturity / ম্যাচুরিটির তারিখ	
Address / ঠিকানা	
Contact Number / যোগাযোগ নম্বর	
E-Mail ID / ই-মেল আইডি	

I, Mr/Ms/Mrs./Dr. _____, hereby acknowledge the receipt of Rs * _____ towards the maturity proceeds under my Policy No. _____, and accept the amount towards full and final discharge of all the amounts due and payable against the stated policy

আমি মি./মিস./মিসেস/ডা. _____, এতদ্বারা ₹* _____ এখানে প্রাপ্তস্বীকার করছি ম্যাচুরিটি অঙ্কের আমার পলিসি নং. _____ এর অধীনে, এবং সমস্ত অ্যামাউন্টের সম্পূর্ণ এবং চূড়ান্ত ডিসচার্জ স্বীকার করছি উক্ত পলিসির অধীনে যা কিছু বকেয়া এবং প্রদেয় ছিল।

*The Maturity value of the policy will depend on the Fund Value as on the Date of Maturity.
(applicable for Unit Linked Policies)

* পলিসিটির ম্যাচুরিটি মূল্য নির্ভর করে ম্যাচুরিটি তারিখের ফান্ড মূল্যের ওপর।
(ইউনিট লিঙ্কড পলিসির জন্যে প্রযোজ্য)

Sign of Policyholder/Life Assured / পলিসিধারকের / লাইফ অ্যাসিওর্ডের স্বাক্ষর

Date / তারিখ:

Place / স্থান:

**Affix
Re1/revenue
Stamp & Sign
across**

এখানে ₹1-এর
রেভিনিউ স্ট্যাম্প
লাগান ও স্বাক্ষর করুন

Ver nacular Declaration / মাতৃভাষার ঘোষণা

I _____, residing at _____ having known the policyholder for a period of _____ (month/years); do declare that I have explained the nature of the questions contained in this form to the policyholder. I have also explained that the answers to the questions form the basis for accepting this maturity claim request.

আমি _____, বসবাস করি এখানে _____, পলিসিধারককে জানি _____ (মাস/বছর) থেকে, ঘোষণা করছি যে এই ফর্মের প্রশ্নাবলীর প্রকৃতি পলিসিধারককে বিশ্লেষণ করেছে। আমি এছাড়াও ফর্মের মূল প্রশ্নের উত্তর বিশ্লেষণ করেছি এই ম্যাচুরিটি ক্লেম রিকোয়েস্ট স্বীকার করার জন্যে।

Sign / স্বাক্ষর:

Date / তারিখ:

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

স্টার ইউনিয়ন ডাই-ইচি লাইফ ইন্সুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: 11 তলা, বিশ্বরূপ আইটি পার্ক, প্লট নং 34, 35 এবং 38, সেক্টর 30এ অফ আইআইপি, ভাশি, নবী মুম্বাই - 400 703

☎: 18002668833 (টোল ফ্রী) / 022-39546300 (ল্যান্ডলাইন) - সকাল 8:00টা থেকে সন্ধ্যা 8:00টা (সোমবার - শনিবার)

ই-মেইল: customercare@sudlife.in | ওয়েবসাইট: www.sudlife.in | আইআইআইপিআইআই রেজিস্ট্রেশন নং: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

ম্যাচুরিটি ক্লেম ডিসচার্জ ভাউচার

PAGE | 2/ পৃষ্ঠা | 2

Bank Account Details (Mandatory) / ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ(বাধ্যতামূলক)

I _____ (Name of Policyholder /Assignee) hereby authorize
Star Union Dai-ichi Life Insurance Co. Ltd to directly credit the claim proceeds to my Bank Account, as per details given below:

আমি _____ (পলিসিধারকের অ্যাসাইনীর নাম) এতৎদ্বারা অনুমোদন করছি স্টার ইউনিয়ন দাই -
ইচি লাইফ ইন্সিওরেন্স কো. লি.-কে তাঁরা যেন ক্লেম বা দাবিটি আমার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে সরাসরি ক্রেডিট করেন, নিচে দেওয়া বিবরণে।

Account No. / অ্যাকাউন্ট নং.	_____	Type of Account / অ্যাকাউন্টের ধরণ	_____
Bank Name / ব্যাঙ্কের নাম	_____	Branch Code No. / শাখার কোড নং	_____
IFSC Code No. / আইএফএসসি কোড নং.	_____	MICR Code / এমআইসিআর কোড:	_____
Branch Address/ শাখার ঠিকানা	_____		

Bank Manager's Name/Signature _____ Bank Stamp / ব্যাঙ্কের স্ট্যাম্প _____
ব্যাঙ্ক ম্যানেজারের নাম/ স্বাক্ষর

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

স্টার ইউনিয়ন ডাই-ইচি লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: 11 তলা, বিশ্বরূপ আইটি পার্ক, প্লট নং 34, 35 এবং 38, সেক্টর 30এ অফ আইআইপি, ভাশি, নবী মুম্বাই - 400 703

☎: 18002668833 (টোল ফ্রী) / 022-39546300 (ল্যান্ডলাইন) - সকাল 8:00টা থেকে সন্ধ্যা 8:00টা (সোমবার - শনিবার)

ই-মেইল: customercare@sudlife.in | ওয়েবসাইট: www.sudlife.in | আইআরডিএআই রেজিস্ট্রেশন নং: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472