

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

મેચ્યુરિટી ક્લેઈમ ડિસ્ચાર્જ વાઉચર

Instructions / સૂચનાઓ:

- * 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.
- * કૃપયા કેન્સલ્ડ ચેકનું પાનું (પૂર્વ મુદ્રિત નામ) અથવા બેન્ક પાસબુકની ફોટો કોપી આપો
- * બેન્કિંગ નિયમન અનુસાર બેન્ક દ્વારા મંજૂર કરાય તો જ સીધી રકમ જમા કરવાનું શક્ય બનશે
- * નમૂનાના મુદ્દાઓનું અર્થઘટન કરવા માટે કોઈ અસંમતિના સંભેગોમાં અંગ્રેજી આવૃત્તિમાં મુદ્રિત નમૂનોનું સ્વરૂપ માન્ય રહેશે.

Personal Details / અંગત વિગતો

Policy Number / પોલિસી નંબર	
Policyholder's Name / પોલિસીધારકનું નામ	
Life Assured Name / વીમિતનું નામ	
Date of Maturity / મેચ્યુરિટીની તારીખ	
Address / સરનામું	
Contact Number / સંપર્ક નંબર	
E-Mail ID / ઈ-મેઈલ આઈડી	

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

હું શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી/ ડો. _____ અત્રે મારી પોલિસી નં. _____ હેઠળ મેચ્યુરિટી પ્રાપ્તિઓ સામે ₹ * _____ ની પ્રાપ્તિની પહોંચ આપું છું અને કથિત પોલિસી સામે સર્વ લેણી અને ચૂકવવાપાત્ર સર્વ રકમોની સંપૂર્ણ અને આખરી પતાવટ સામે રકમનો સ્વીકાર કરું છું.

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

* પોલિસીનું મેચ્યુરિટી મૂલ્ય મેચ્યુરિટીની તારીખના રોજ ફંડ મૂલ્ય પર આધાર રાખશે.
(યુનિટ લિંકડ યોજનાઓ માટે લાગુ)

Sign of Policyholder/Life Assured / પોલિસીધારક/ વીમિતની સહી

Date / તારીખ:

Place / સ્થળ

**Affix
Re1/revenue
Stamp & Sign
across**
₹1નો રેવેન્યુ સ્ટેમ્પ
લગાવો અને તેની ઉપર
સહી કરો

Ver nacular Declaration / પ્રાદેશિક ભાષામાં જાહેરનામું

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.

હું _____ અને _____ ખાતેનો રહેવાસી પોલિસીધારકને _____ (મહિના/વર્ષ)ના સમયગાળાથી જાણું છું અને અત્રે જાહેર કરું છું કે પોલિસીધારકના આ ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકાર મને સમજવવામાં આવ્યા છે. મને પ્રશ્નોના ઉત્તરો આ મેચ્યુરિટી દાવા વિનંતી સ્વીકારવા માટે આધાર રહેશે એ પણ સમજવવામાં આવ્યું છે.

Sign / સહી

Date / તારીખ

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

સ્ટાર યુનિયન દાઈ-ઈચી લાઈફ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

નોંધણીકૃત કાર્યાલય: 11મો માળ, વિશ્વરૂપ આઈટી પાર્ક, પ્લોટ નં. 34, 35 અને 38, સેક્ટર 30એ આઈઆઈપી, વાશી, નવી મુંબઈ - 400 703.

☎: 18002668833 (ટોલ ફ્રી) / 022-39546300 (લેન્ડલાઈન) - સવારે 8થી રાત્રે 8 (સોમવાર - શનિવાર).

ઈમેઈલ: customercare@sudlife.in | વેબસાઈટ: www.sudlife.in | આઈઆરડીએ નોંધણી નં. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

મેટ્યુરિટી ક્લેઈમ ડિસ્ચાર્જ વાઉચર

Bank Account Details (Mandatory) / બેન્ક ખાતાની વિગતો (ફરજિયાત)

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:

હું _____ (પોલિસીધારક/એસાઈનીનું નામ) અત્રે અધિકૃતિ આપું છું કે
સ્ટાર યુનિયન દાઈ-ઈચી લાઈફ ઇન્શુરન્સ કં. લિ. નિમ્નલિખિત વિગતો અનુસાર મારા બેન્ક ખાતામાં દાવાની પ્રાપ્તિઓ સીધી જ જમા કરશે:

Account No. / ખાતા નં.	_____	Type of Account / ખાતાનો પ્રકાર	_____
Bank Name / બેન્કનું નામ	_____	Branch Code No. / શાખાનો કોડ નં.	_____
IFSC Code No. / આઈએફએસસી કોડ નં.	_____	MICR Code / એમઆઈસીઆર કોડ	_____
Branch Address/ શાખાનો સરના	_____		

Bank Manager's Name/Signature _____ Bank Stamp / બેન્કની મુદ્રા _____
બેન્કના મેનેજરનું નામ/ સહી

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

સ્ટાર યુનિયન દાઈ-ઈચી લાઈફ ઇન્શુરન્સ કંપની લિમિટેડ

નોંધણીકૃત કાર્યાલય: 11મો માળ, વિશ્વરૂપ આઈટી પાર્ક, પ્લોટ નં. 34, 35 અને 38, સેક્ટર 30એ આઈઆઈપી, વાશી, નવી મુંબઈ - 400 703.

☎: 18002668833 (ટોલ ફ્રી) / 022-39546300 (લેન્ડલાઈન) - સવારે 8થી રાત્રે 8 (સોમવાર - શનિવાર).

ઈમેલ: customercare@sudlife.in | વેબસાઈટ: www.sudlife.in | આઈઆરડીએ નોંધણી નં. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472