

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

परिपक्वता दावा डिस्चार्ज वाउचर

PAGE | 1 / पृष्ठ | 1

Instructions / अनुदेश :

- * 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.
- * निरस्त किया हुआ चेक (पूर्व मुद्रित नाम) या बैंक पासबुक की प्रति संलग्न करें
- * यदि बैंकिंग विनियमों द्वारा अनुमत हुआ तभी ऐसे खाते में जमा किये जाएंगे
- * प्रारूप की सामग्रियों का निहितार्थ निकालने में किसी भी असहमति के मामले में अंग्रेजी संस्करण में मुद्रित प्रारूप मान्य होगा.

Personal Details / व्यक्तिगत विवरण

Policy Number / पॉलिसी क्रमांक	
Policyholder's Name / पॉलिसीधारक का नाम	
Life Assured Name / बीमित व्यक्ति का नाम	
Date of Maturity / परिपक्वता की तारीख	
Address / पता	
Contact Number / दूरभाष	
E-Mail ID / ई-मेल आईडी	

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

मैं, श्री/सुश्री/श्रीमती/डॉक्टर _____ अपनी पॉलिसी क्रमांक _____ के संबंध में _____ रूप* प्राप्त होने की रसीद देता हूँ, और यह स्वीकार करता/ती हूँ कि उक्त पॉलिसी में जो भी देय तथा भुगतान योग्य पूरी तथा अंतिम धनराशि थी वह इतनी ही थी.

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

* पॉलिसी का परिपक्वता मूल्य परिपक्वता तिथि के फंड वैल्यू पर निर्भर होगा.
(यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों के लिए लागू)

Sign of Policyholder/Life Assured / पॉलिसीधारक/बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर

Date / दिनांक :

Place / स्थान

**Affix
Re1/revenue
Stamp & Sign
across**
1 रुपए का राजस्व
टिकट लगाएं और इस
पर हस्ताक्षर करें

Vernacular Declaration / स्थानीय भाषा में घोषणा

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.

मैं _____, निवासी _____ पॉलिसीधारक को _____ (मास/वर्ष) से जानता/ती हूँ, यह घोषणा करता/ती हूँ कि पॉलिसीधारक को मैंने इस प्रपत्र में निहित प्रश्नों की प्रकृति समझा दी है, मैंने यह भी समझा दिया है कि प्रश्नों का उत्तर परिपक्वता दावा आवेदन को स्वीकारे जाने का आधार है.

Sign / हस्ताक्षर

Date / दिनांक

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

स्टार यूनियन दाई-इची लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: 11वीं मंजिल, विश्वरूप आईटी पार्क, प्लॉट नं. 34, 35 और 38, सेक्टर 30ए ऑफ आईआईपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.

☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लैंडलाइन) - सुबह 8.00 बजे से शाम 8.00 बजे तक (सोमवार - शनिवार).

ईमेल: customercare@sudlife.in | वेबसाइट: www.sudlife.in | आईआरडीआई पंजीयन क्रमांक : 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER परिपक्वता दावा डिस्चार्ज वाउचर

PAGE | 2 / पृष्ठ | 2

Bank Account Details (Mandatory) / बैंक खाता विवरण (अनिवार्य)

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:

मैं _____ (पॉलिसीधारक का नाम/असाइनी) स्टार यूनियन डार्इ-इचि लाइफ
इन्श्योरेंस कंपनी लि. को प्राधिकृत करता/ती हूँ कि वह नीचे लिखे विवरण के अनुसार सीधे ही मेरे बैंक खाते में दावे की धनराशि जमा करवा दे:

Account No. / खाता क्रमांक	_____	Type of Account / खाते का प्रकार	_____
Bank Name / बैंक का नाम	_____	Branch Code No. / शाखा कोड नंबर	_____
IFSC Code No. / आईएफएससी कोड नंबर	_____	MICR Code / एमआईसीआर कोड	_____
Branch Address/ शाखा का पता	_____		

Bank Manager's Name/Signature _____ Bank Stamp / बैंक की मोहर _____
बैंक प्रबंधक का नाम/हस्ताक्षर

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

स्टार यूनियन डार्इ-इचि लाइफ इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: 11वीं मंजिल, विश्वरूप आईटी पार्क, प्लॉट नं. 34, 35 और 38, सेक्टर 30ए ऑफ आईआईपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.

☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लैंडलाइन) - सुबह 8.00 बजे से शाम 8.00 बजे तक (सोमवार - शनिवार).

ईमेल: customercare@sudlife.in | वेबसाइट: www.sudlife.in | आईआरडीआई पंजीयन क्रमांक : 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472