

## MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ಕ್ಲೇಮ್ ವಿಮೋಚನೆ ವೋಚರ್

Page 1 / ಪುಟ 1

### Instructions / ನಿರ್ದೇಶನಗಳು

- \* 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.
- \* ದಯವಿಟ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸೆಲ್ಡ್ ಚೆಕ್ ಒಳಿತಿ (ಪೂರ್ವ ಮುದ್ರಿತ ಹೆಸರು) ಅಥವಾ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್ ಪುಸ್ತಕದ ಫೋಟೋ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ
- \* ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ನೇರ ಜಮಾ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ
- \* ಫಾರ್ಮ್‌ನ ವಿಷಯಗಳ ಅರ್ಥ ವಿವರಣೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಆವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಮುದ್ರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಫಾರ್ಮ್‌ನ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

### Personal Details / ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು

Policy Number / ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
Policyholder's Name / ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು	
Life Assured Name / ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು	
Date of Maturity / ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ದಿನಾಂಕ	
Address / ವಿಳಾಸ	
Contact Number / ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ	
E-Mail ID / ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	

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

ನಾನು, ಶ್ರೀ/ಕುಮಾರಿ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಡಾ. \_\_\_\_\_, ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ ಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ಉತ್ತಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ರೂ\* \_\_\_\_\_ ಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸದರಿ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿರುದ್ಧ ಬರಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಸಂದಾಯವಾಗಬೇಕಾದ ಎಲ್ಲಾ ಮೊಬಲಗುಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ವಿಮೋಚನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಮೊಬಲಗನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

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

\* ಪಾಲಿಸಿಯ ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ಮೌಲ್ಯವು ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ದಿನಾಂಕದಲ್ಲಿನ ಫಂಡ್ ಮೌಲ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. (ಯುನಿಟ್ ಲಿಂಕ್ಡ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)

Sign of Policyholder/Life Assured / ಪಾಲಿಸಿದಾರರ/ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ

Date / ದಿನಾಂಕ:

Place / ಸ್ಥಳ:

**Affix Re1/revenue Stamp & Sign across**  
ರೂ 1/ರ ರೆವಿನ್ಯೂ ಸ್ಟಾಂಪ್ ಅನ್ನು ಅಂಟಿಸಿರಿ ಮತ್ತು ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿರಿ

### Vernacular Declaration / ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯ ಘೋಷಣೆ

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.

ನಾನು \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ನಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರುವವನು/ಳು \_\_\_\_\_ (ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷಗಳು) ಅವಧಿಯ ಕಾಲ ಪಾಲಿಸಿದಾರರನ್ನು ತಿಳಿದಿದ್ದು, ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ರೂಪವನ್ನು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ಕ್ಲೇಮ್ ಕೋರಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಗಳು ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತವೆ ಎಂದು ಕೂಡ ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

Sign/ ಸಹಿ

Date / ದಿನಾಂಕ

### 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

### ಸ್ವಾರ್ ಯೂನಿಯನ್ ಡಾಯಿ-ಇಚಿ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ರಿಜಿಸ್ಟರ್ಡ್ ಕಛೇರಿ: 11ನೇ ಮಹಡಿ, ವಿಶ್ವರೂಪ್ ಐಟಿ ಪಾರ್ಕ್, ಪ್ಲಾಟ್ ನಂ. 34, 35 ಮತ್ತು 38, ಸೆಕ್ಟರ್ 30ಎ ಐಐಪಿ, ವಾಶಿ, ನವಿ ಮುಂಬಯಿ - 400 703.

☎: 18002668833 (ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ) / 022-39546300 (ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್) - ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 8.00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 8.00 ರ ವರೆಗೆ (ಸೋಮವಾರ - ಶನಿವಾರ).

ಇಮೇಲ್: customercare@sudlife.in | ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.sudlife.in | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

## MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

ಪರಿಪಕ್ವತೆಯ ಕ್ಲೇಮ್ ವಿಮೋಚನೆ ವೋಚರ್

Page 2 / ಪುಟ 2

### Bank Account Details (Mandatory) / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು (ಕಡ್ಡಾಯ)

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:

ನಾನು \_\_\_\_\_ (ಪಾಲಿಸಿದಾರರ /ಅನ್ವೇನೀಯ ಹೆಸರು) ಸ್ಟಾರ್ ಯೂನಿಯನ್ ಡಾಯಿ-ಇಚಿ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ.ಲಿ. ಗೆ  
ನನ್ನ ಕ್ಲೇಮ್ ಉತ್ತರಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾದ ವಿವರಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾದ ನನ್ನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಜಮಾ ಮಾಡಲು ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ:

Account No. / ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ	_____	Type of Account / ಖಾತೆಯ ನಮೂನೆ	_____
Bank Name / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು	_____	Branch Code No. / ಶಾಖೆಯ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ	_____
IFSC Code No. / ಐಒಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	_____	MICR Code / ಎಮ್‌ಐಸಿಆರ್ ಕೋಡ್	_____
Branch Address/ ಶಾಖೆಯ ವಿಳಾಸ	_____		

**Bank Manager's Name/Signature** \_\_\_\_\_ **Bank Stamp / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮೊಹರು** \_\_\_\_\_  
ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಪ್ರಬಂಧಕರ ಹೆಸರು/ಸಹಿ

### 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

### ಸ್ಟಾರ್ ಯೂನಿಯನ್ ಡಾಯಿ-ಇಚಿ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ರಿಜಿಸ್ಟರ್ಡ್ ಕಛೇರಿ: 11ನೇ ಮಹಡಿ, ವಿಶ್ವರೂಪ್ ಐಟಿ ಪಾರ್ಕ್, ಪ್ಲಾಟ್ ನಂ. 34, 35 ಮತ್ತು 38, ಸೆಕ್ಟರ್ 30ಎ ಐಐಪಿ, ವಾಶಿ, ನವಿ ಮುಂಬಯಿ - 400 703.

☎: 18002668833 (ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ) / 022-39546300 (ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್) - ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 8.00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 8.00 ರ ವರೆಗೆ (ಸೋಮವಾರ - ಶನಿವಾರ).

ಇಮೇಲ್: customercare@sudlife.in | ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.sudlife.in | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472