

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

മച്ചുതിറ്റി ക്ലെയിം ഡിസ്ചാർജ്ജ് വൗച്ചർ

PAGE | 1 / പേജ് | 1

Instructions / നിർദ്ദേശങ്ങൾ:

- * 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.
- * ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക് (പേര് അച്ചടിച്ചിട്ടുള്ളത്) അല്ലെങ്കിൽ ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ഫോട്ടോകോപ്പി ഒപ്പം വയ്ക്കുക
- * സാധ്യമാണെങ്കിലും ബാങ്കിംഗ് നിയമങ്ങൾ അനുസരിച്ച് ബാങ്കുകൾ അനുവദിക്കുകയാണെങ്കിലും മാത്രം ഡയറക്ട് ക്രെഡിറ്റ് നടത്തപ്പെടുന്നതാണ്.
- * ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതിൽ എന്തെങ്കിലും തർക്കം ഉടലെടുക്കുന്നപക്ഷം ഇംഗ്ലീഷിലുള്ള ഫോറം മാനിക്കപ്പെടുന്നതാണ്.

Personal Details / വ്യക്തിപരമായ വിവരങ്ങൾ

Policy Number / പോളിസി നമ്പർ	
Policyholder's Name/ പോളിസിഹോൾഡറുടെ പേര്	
Life Assured Name / ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളുടെ പേര്	
Date of Maturity / മച്ചുതിറ്റി തീയതി	
Address / വിലാസം	
Contact Number / സമ്പർക്ക നമ്പർ	
E-Mail ID / ഇമെയിൽ ഐഡി	

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

ഞാൻ, മി./മിസ്സ്/ഡോ. _____ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നത് എന്തെന്നാൽ ₹ * _____ എന്റെ പോളിസി നമ്പർ _____ നു കീഴിലെ മച്ചുതിറ്റി ആനുകൂല്യമായി ഞാൻ കൈപ്പറ്റുകയും മേല്പറഞ്ഞ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ലഭിക്കേണ്ടതും കിട്ടാനുള്ളതുമായ എല്ലാ തുകകളുടെയും പൂർണ്ണവും അന്തിമവുമായ സെറ്റിൽമെന്റായി മേല്പറഞ്ഞ തുക സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.

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

* പോളിസിയുടെ ഫണ്ട് വാല്യൂ മച്ചുതിറ്റി തീയതിയിലെ ഫണ്ട് വാല്യൂവിനെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നു. (യൂണിറ്റ് ലിങ്ക്ഡ് പോളിസികൾക്കു ബാധകം)

Affix Re1/revenue Stamp & Sign across
₹1/റവന്യൂ സ്റ്റാമ്പ് പതിച്ച് അതിനു മുകളിലൂടെ ഒപ്പു വയ്ക്കുക

Sign of Policyholder/Life Assured / പോളിസിഹോൾഡറുടെ/ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളുടെ ഒപ്പ്

Date / തീയതി:

Place / സ്ഥലം:

Vernacular Declaration / പ്രാദേശിക ഭാഷയ്ക്കുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം

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.

ഞാൻ _____, വിലാസം _____ പോളിസിഹോൾഡറെ കഴിഞ്ഞ _____ (മാസം/വർഷം) കാലമായി പരിചയമുണ്ട്. ഞാൻ ഈ അപേക്ഷാ ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം പോളിസിഹോൾഡർക്ക്/നോമിനിക്ക് അയാളുടെ/അവരുടെ സ്വന്തം ഭാഷയിൽ വിവരിച്ചു നൽകുകയും അയാൾ/അവർ നൽകിയ ഉത്തരങ്ങൾ സത്യസന്ധമായി രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തു എന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. കൂടാതെ, ചോദ്യങ്ങൾക്കു നൽകുന്ന ഉത്തരങ്ങൾ ഈ മച്ചുതിറ്റി ക്ലെയിമിനുള്ള അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുന്നതിന്റെ അടിസ്ഥാനമായി മാറുമെന്ന കാര്യവും ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു കൊടുത്തു.

Sign / ഒപ്പ്:

Date / തീയതി:

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

സ്റ്റാർ യൂണിയൻ ഡായ്-ഇച്ചി ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: 11-ാം നില, വിശ്വരൂപ് ഐറ്റി പാർക്ക്, പ്ലോട്ട് നം. 34, 35 & 38, ഐഐപി സെക്ടർ 30എ, വാഷി, നവീ മുംബൈ - 400 703.
☎: 18002668833 (ടോൾ ഫ്രീ) / 022-39546300 (ലാന്റൈൻ) - രാവിലെ 8.00 മുതൽ വൈകിട്ട് 8.00 വരെ (തിങ്കളാഴ്ച - ശനിയാഴ്ച).
ഇമെയിൽ: customercare@sudlife.in | വെബ്സൈറ്റ്: www.sudlife.in | ഐആർഡിഐ രജി. നം. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

മച്ചുതിറ്റി ക്ലെയിം ഡിസ്ചാർജ്ജ് വൗച്ചർ

PAGE | 2 / പേജ് | 2

Bank Account Details (Mandatory) / ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ (നിർബന്ധം)

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:

ഞാൻ _____ (പോളിസിഹോൾഡറുടെ/അസ്സൈനിയുടെ പേര്) ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റായി ലഭിക്കുന്ന തുക താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ പ്രകാരമുള്ള എന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് നേരിട്ട് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് സ്റ്റാർ യൂണിയൻ ഡായ്-ഇച്ചി ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

Account No. / _____ Type of Account / _____
അക്കൗണ്ട് നം. _____ അക്കൗണ്ടിന്റെ തരം _____

Bank Name / _____ Branch Code No. / _____
ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ ബ്രാഞ്ച് കോഡ് നം. _____

IFSC Code No. / _____ MICR Code / _____
ഐഎഫ്ഐസി കോഡ് നം. _____ എംഐസിആർ കോഡ് _____

Branch Address/ _____
ബ്രാഞ്ചിന്റെ വിലാസം _____

Bank Manager's Name/Signature _____ Bank Stamp / ബാങ്കിന്റെ മുദ്ര _____
ബാങ്ക് മാനേജരുടെ പേര്/ഒപ്പ് _____

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

സ്റ്റാർ യൂണിയൻ ഡായ്-ഇച്ചി ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: 11-ാം നില, വിശ്വരൂപ് ഐറ്റി പാർക്ക്, പ്ലോട്ട് നം. 34, 35 & 38, ഐഐപി സെക്ടർ 30എ, വാഷി, നവീ മുംബൈ - 400 703.

☎: 18002668833 (ടോൾ ഫ്രീ) / 022-39546300 (ലാന്ഡ്ലൈൻ) - രാവിലെ 8.00 മുതൽ വൈകിട്ട് 8.00 വരെ (തിങ്കളാഴ്ച - ശനിയാഴ്ച).

ഇമെയിൽ: customercare@sudlife.in | വെബ്സൈറ്റ്: www.sudlife.in | ഐആർഡിഎ രജി. നം: 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472