

## MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

### परिपक्वता दावा विमुक्ती पावती

PAGE | 1 / पान | 1

#### Instructions / सूचना:

- \* Please attach Cancelled Cheque Leaf
- \* 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.
- \* कृपया रद्द केलेले धनादेशाचे पान (नाव छापलेले) किंवा बँकेच्या पासबुकाची फोटोकॉपी सोबत जोडा.
- \* शक्य असल्यास आणि बँकेच्या नियमांनुसार बँकेने परवानगी दिल्यासच फक्त रक्कम थेट खात्यात जमा करण्यात येईल.
- \* प्रपत्रातील माहितीचा अर्थ लावताना काही असहमती झाल्यास, इंग्रजी आवृत्तीच छापलेले प्रपत्र लागू असेल.

#### Personal Details / व्यक्तिगत तपशिल

Policy Number / पॉलिसी क्रमांक	
Policyholder's Name / पॉलिसीधारकाचे नाव	
Life Assured Name / विमित व्यक्तीचे नाव	
Date of Maturity / परिपक्वतेची तारीख	
Address / पत्ता	
Contact Number / संपर्क क्रमांक	
E-Mail ID / ईमेल आयडी	

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

मी श्री/कुमारी/श्रीमती/डॉक्टर \_\_\_\_\_ ह्याद्वारे माझी पॉलिसी क्रमांक \_\_\_\_\_ अंतर्गत परिपक्वता रकमेपोटी रु. \* \_\_\_\_\_ ची पोचपावती देत आहे, आणि नमूद केलेल्या पॉलिसीसाठी बाकी आणि देय सर्व रकमांसाठी पूर्ण आणि अंतिम रक्कम म्हणून ह्या रकमेचा स्वीकार करत आहे.

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

\*पॉलिसीचे परिपक्वता मूल्य परिपक्वतेच्या तारखेला असलेल्या फंड मूल्यावर अवलंबून असेल.  
(युनिट लिंक्ड पॉलिसीजसाठी)

Sign of Policyholder/Life Assured / पॉलिसीधारकाची/विमित व्यक्तीची स्वाक्षरी

Date / दिनांक :

Place / ठिकाण :

**Affix  
Re1/revenue  
Stamp & Sign  
across**  
रु. 1/- चा रेव्हिन्यू  
स्टॅम्प लावा व त्यावर  
स्वाक्षरी करा

#### Vernacular Declaration / स्थानिक भाषेसाठी घोषणापत्र

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.

मी \_\_\_\_\_, राहणार \_\_\_\_\_ पॉलिसीधारकाला \_\_\_\_\_ (महिने/वर्ष) ओळखत असून ह्याद्वारे घोषित करत आहे की ह्या प्रपत्रात असलेल्या प्रश्नांचे स्वरूप मी पॉलिसीधारकाला स्पष्ट करून सांगितले आहे. मी हे देखील स्पष्ट करून सांगितले आहे की ह्या प्रश्नांची उत्तरे ही परिपक्वतेच्या दाव्याची विनंती करण्यासाठी आधारभूत आहेत.

Sign / स्वाक्षरी

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 युनियन दार्ई-इचि लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: 11वा मजला, विश्वरूप आयटी पार्क, प्लॉट क्रमांक 34, 35 आणि 38, सेक्टर 30ए आयआयपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.

☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लॅंडलाईन) - सकाळी 8.00 ते रात्री 8.00 (सोमवार - शनिवार).

ईमेल: customercare@sudlife.in | वेबसाईट: www.sudlife.in | आयआरडीएआय रजिस्ट्रेशन नं. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

## MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER परिपक्वता दावा विमुक्ती पावती

PAGE | 2 / पान | 2

### Bank Account Details (Mandatory) / बँकेच्या खात्याचा तपशिल (बंधनकारक)

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:

मी \_\_\_\_\_ (पॉलिसीधारकाचे/नेमलेल्या व्यक्तीचे नाव) ह्याद्वारे स्टार युनियन दाई-इचि  
लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड. यांना खाली देण्यात आलेल्या तपशिलानुसार माझ्या बँकेच्या खात्यात थेट रक्कम जमा करण्याचे अधिकार देत आहे.

Account No. / खाते क्रमांक	_____	Type of Account / खात्याचा प्रकार	_____
Bank Name / बँकेचे नाव	_____	Branch Code No. / शाखेचा कोड क्रमांक	_____
IFSC Code No. / आयएफएससी कोड क्रमांक	_____	MICR Code / एमआयसीआर कोड	_____
Branch Address/ शाखेचा पत्ता	_____		

Bank Manager's Name/Signature \_\_\_\_\_ Bank Stamp / बँकेचा शिक्का \_\_\_\_\_  
बँक मॅनेजरचे नाव/स्वाक्षरी

### 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 युनियन दाई-इचि लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: 11वा मजला, विश्वरूप आयटी पार्क, प्लॉट क्रमांक 34, 35 आणि 38, सेक्टर 30ए आयआयपी, वाशी, नवी मुंबई - 400 703.

☎: 18002668833 (टोल फ्री) / 022-39546300 (लँडलाईन) - सकाळी 8.00 ते रात्री 8.00 (सोमवार - शनिवार).

ईमेल: customercare@sudlife.in | वेबसाईट: www.sudlife.in | आयआरडीएआय रजिस्ट्रेशन नं. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472