

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

முதிர்வுக்கான தீர்வு தொகை பெற்றுக் கொண்டதற்கான ஒப்புதல் சான்று

Instructions / குறிப்புகள்:

- * 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.
- * தயவுசெய்து ரத்து செய்த காசோலையை [முன்னரே பெயர் அச்சிடப்பட்டது] அல்லது வங்கி பாஸ்புக்கின் நகலை இணையங்கள்.
- * வங்கி விதிமுறைகளின்படி வங்கிகளால் அனுமதிக்கப்பட்டால் மற்றும் சாத்தியம் எனில் மட்டுமே கணக்கில் நேரடி வரவு வைக்கப்படும்.
- * படிவத்தின் விஷயங்களை விளக்குவதில் ஏதேனும் பிரச்சினை ஏற்பட்டால் ஆங்கிலத்தில் அச்சிடப்பட்ட படிவமே செல்லுபடியாகும்.

Personal Details / சுய விவரங்கள்

Policy Number / பாலிசி எண்	
Policyholder's Name / பாலிசிதாரரின் பெயர்	
Life Assured Name / ஆயுள் காப்பீடுதாரரின் பெயர்	
Date of Maturity / முதிர்வு தேதி	
Address / முகவரி	
Contact Number / தொடர்பு எண்	
E-Mail ID / மின்னஞ்சல்	

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

நான், _____ எனது பாலிசி எண் _____ க்கு முதிர்வு தொகைகளுக்காக ரூபாய் _____ பெற்றுக் கொண்டேன் மற்றும் மேற்குறிப்பிட்ட பாலிசிக்காக உரிய வழங்கப்பட வேண்டிய அனைத்து தொகைகளுக்கும் இது முழுமையான மற்றும் இறுதியான தொகையாகும்.

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

*பாலிசியின் முதிர்வு மதிப்பு, முதிர்வு தேதியன்றுள்ள ஃபண்ட் மதிப்பை சார்ந்தது. [யூனிட் லிங்க்டு பாலிசிகளுக்கு உரித்ததாகும்.

Sign of Policyholder/Life Assured / பாலிசிதாரர் கையொப்பம் / ஆயுள் காப்பீடு தாரர் கையொப்பம்

Date / தேதி:

Place / இடம்:

**Affix
Re1/revenue
Stamp & Sign
across**

ரூபாய் 1/-க்கான
ரெவினியூ ஸ்டாம்பு
ஒட்டி குறுக்கே
கையொப்பமிடவும்

Vernacular Declaration / பிராந்திய மொழியில் உறுதிமொழி

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.

நான் _____ எனும் _____ முகவரியில் வசிக்கிறேன். நான் _____ காலமாக [மாதங்கள்/ஆண்டுகள்] பாலிசிதாரரை அறிவேன் மற்றும் பாலிசிதாரருக்கு இந்த படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளின் தன்மைகளை விளக்கியுள்ளேன் மற்றும் இந்த முதிர்வுக்கான தீர்வு கோரிக்கையை ஏற்றுக் கொள்வதற்கு, கேள்விகளுக்கான பதில்கள் ஆதாரமாக அமையும் என்று விளக்கியுள்ளேன்.

Sign / கையெழுத்து

Date / தேதி

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

ஸ்டார் யூனியன் டய்-இச்சி லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு அலுவலகம்: 11வது மாடி, விஷ்வரூப் ஐடி பார்க், பிளாட் எண் 34, 35 மற்றும் 38, செக்டார் 30A, வாஷி, நவி மும்பை - 400 703.

☎: 18002668833 (கட்டணமற்ற) / 022-39546300 (லேண்டலைன்) - காலை 8.00 மணி-இரவு 8.00 மணி (திங்கள் - சனி)

இமெயில் ஐடி: customercare@sudlife.in | இணையதளம்: www.sudlife.in | ஐஆர்டிஏ பதிவு எண். 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

முதிர்வுக்கான தீர்வு தொகை பெற்றுக் கொண்டதற்கான ஒப்புதல் சான்று

Bank Account Details (Mandatory) / வங்கி கணக்கு விவரங்கள் (கட்டாயமானவை)

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:

நான் _____ [பாலிசிதாரர்/மாற்றிக் கொடுப்பவர்] இதன் மூலம், கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ள
விபரங்களின்படி என் வங்கி கணக்கில் தீர்வு கோரிக்கைக்கான பணத்தை நேரடியாக வரவு வைத்திட ஸ்டார் யூனியன் டை-இச்சி லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ்
கம்பெனி லிமிடெட்-டை அங்கீகரிக்கிறேன்.

Account No. / _____ Type of Account / _____
கணக்கு எண் கணக்கின் வகை

Bank Name / _____ Branch Code No. / _____
வங்கியின் பெயர் கிளை கோட் எண்

IFSC Code No. / _____ MICR Code / _____
ஐஎஃப்ஸி கோட் எண் எம்ஐசிஆர் கோட்

Branch Address / _____
கிளை முகவரி

Bank Manager's Name/Signature _____ Bank Stamp / வங்கியின் முத்திரை _____
வங்கி மேலாளரின் பெயர்/கையெழுத்து

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

ஸ்டார் யூனியன் டை-இச்சி லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு அலுவலகம்: 11வது மாடி, விஷ்வரூப் ஐடி பாரக், பிளாட் எண் 34, 35 மற்றும் 38, செக்டார் IIPயில் 30A, வாஷி, நவி மும்பை - 400 703.

☎: 18002668833 (கட்டணமற்ற) / 022-39546300 (லேண்டலைன்) - காலை 8.00 மணி-இரவு 8.00 மணி (திங்கள் - சனி)

இமெயில் ஐடி: customercare@sudlife.in | இணையதளம்: www.sudlife.in | ஐஆர்டிஏ பதிவு எண். 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472