

## MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

పరిపక్వత దావా విడుదల రసీదు

PAGE | 1 / పేజీ | 1

### Instructions / సూచనలు:

- \* 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.
- \* దయచేసి రద్దయిన చెక్కు కాగితంని (ముందుగా ముద్ర చేయబడ్డది) తేడా బ్యాంక్ పోస్ బుక్ యొక్క ఫోటో కాపీని జతచేయండి.
- \* బ్యాంకింగ్ నిబంధనలకు అనుకులాంగా ఉన్న పక్షంలో మాత్రమే ఖాతాలో నగదు జమ చేయబడితే.
- \* ఏదైనా అసంగీకారం ఉంటే, ఫార్మాట్ వివరాలకు అంతరాయం కలిగిస్తే, ఫార్మాట్ అంగీకారం ఉంటుంది.

### Personal Details / వ్యక్తిగత వివరాలు

Policy Number / పాలీసీ నెంబర్	
Policyholder's Name / పాలీసీదారుని పేరు	
Life Assured Name / బీమాదారుడి పేరు	
Date of Maturity / పరిణితి తేదీ	
Address / చిరునామా	
Contact Number / ఫోన్ నం:	
E-Mail ID / ఈమెయిల్ ఐడి	

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

నేను, శ్రీ/కుమారి/శ్రీమతి/డా \_\_\_\_\_, ₹ \* \_\_\_\_\_ నా పాలీసీ నెం \_\_\_\_\_ ప్రకారం మెట్యూరిటీ విధానాన్ని అమలుచేయుటకు రసీదుని అందజేస్తున్నాను, మరియు పేర్కొన్న పాలీసీకి సంబంధించిన అన్ని బకాయిలు మరియు చెల్లింపులని సంపూర్ణంగా చెల్లించామని అంగీకరిస్తున్నాను.

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

\* పాలీసీ యొక్క పరిణితి విలువ పరిణితి తేదీ నాటికి ఫండ్ విలువపై ఆధారపడి ఉంటుంది. (యూనిట్ లింకెడ్ పాలీసీల కోసం వర్తిస్తాయి)

Sign of Policyholder/Life Assured / పాలీసీదారుని/జీవిత బీమాదారుడు సంతకం

Date / తేదీ:

Place / ప్రదేశం:

**Affix Re1/revenue Stamp & Sign across**  
₹1/- రెవెన్యూ స్టాంప్ ని అతికించి సంతకం చేయండి.

### Ver nacular Declaration / ప్రాంతీయ భాషలో దృవీకరణ

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.

\_\_\_\_\_ వద్ద నాకు ఉంటున్న పాలీసీదారుడు \_\_\_\_\_ (నెలలు/సంవత్సరం) కాలంగా నాకు తెలుసు; పాలీసీదారుడు అడిగిన ప్రశ్నలకు నేను పూర్తిగా వివరించాను. నేను ఫార్మాట్ సంబంధించిన మరియు ఈ మెట్యూరిటీ క్లెయిమ్ అభ్యర్థనని అంగీకరించడానికి సంబంధించిన ప్రశ్నలకు కూడా జవాబులని ఇచ్చాను.

Sign/ సంతకం

Date / తేదీ:

### 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

స్టార్ యూనియన్ డాయ్-ఇచ్ డై ఐచ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం: 11వ అంతస్తు, విశ్వరూప్ ఐటీ పార్క్, ప్లాట్ నం. 34, 35 మరియు 38, సెక్టర్ 30ఎ, వాషి, నవి ముంబయి - 400 703.

☎: 18002668833 (టోల్ ఫ్రీ) / 022-39546300 (లాండ్ లైన్) - 8.00 ఎం సుం 8.00 పీఎం (సోమవారం - శనివారం).

ఈమెయిల్: customercare@sudlife.in | వెబ్సైట్: www.sudlife.in | ఐఆర్డీఆర్ నెం. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

## MATURITY CLAIM DISCHARGE VOUCHER

పరిపక్వత దావా విడుదల రసీదు

PAGE | 2 / పేజీ | 2

### Bank Account Details (Mandatory) / బ్యాంక్ ఖాతా వివరాలు (తప్పనిసరి)

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:

నేను \_\_\_\_\_ (పాలసీదారుడు/ ఎస్సైనీ పేరు) స్టార్ యూనియన్ డాయ్-ఇచి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ  
లిమిటెడ్‌ని, నగదుని నా బ్యాంక్ అకౌంట్ కు డ్రెడిట్ చేయమని కోరుతున్నాను, వివరాలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

Account No. / ఎకౌంట్ నెం:	_____	Type of Account / ఖాతా రకం:	_____
Bank Name / బ్యాంక్ పేరు:	_____	Branch Code No. / బ్రాంచ్ కోడ్ నెం.	_____
IFSC Code No. / ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్:	_____	MICR Code / ఎమ్సీఆర్ కోడ్:	_____
Branch Address/ బ్రాంచ్ చిరునామా	_____		

Bank Manager's Name/Signature \_\_\_\_\_ Bank Stamp / బ్యాంక్ ముద్ర \_\_\_\_\_  
బ్యాంక్ మేనేజర్ యొక్క పేరు/సంతకం

### 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: [customer@sudlife.in](mailto:customer@sudlife.in) | Website: [www.sudlife.in](http://www.sudlife.in) | IRDA Regn. No. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472

స్టార్ యూనియన్ డాయ్-ఇచి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం: 11వ అంతస్తు, విశ్వరూప్ ఐటీ పార్క్, ప్లాట్ నం. 34, 35 మరియు 38, సెక్టార్ 30ఎ, వాషి, నవి ముంబయి - 400 703.

☎: 18002668833 (టోల్ ఫ్రీ) / 022-39546300 (లాండ్ లైన్) - 8.00 ఎం సుంబి 8.00 పీఎం (సోమవారం - శనివారం).

ఈమెయిల్: [customer@sudlife.in](mailto:customer@sudlife.in) | వెబ్సైట్: [www.sudlife.in](http://www.sudlife.in) | ఐఆర్డిఎ రిజిస్ట్రేషన్ నం. 142 | C.I.No. U66010MH2007PLC174472