



Star Health & Allied Insurance Co.Ltd.

TO RECEIVE CREDIT OF CLAIM AMOUNT DIRECTLY TO YOUR ACCOUNT , FOLLOWING PARTICULARS ARE REQUIRED (NEFT TRANSFER)

ક્લેઇમ ની રકમ ને સીધેસીધી તમારા બેંક ના ખાતા માં જમા કરવા માંટે નીચેની માહિતી જરૂરી છે.

I AM AUTHORISING STAR HEALTH AND ALLIED INSURANCE CO.LTD. , DIRECTLY TO CREDIT MY ACCOUNT WITH CLAIM AMOUNT PAYABLE AS PER POLICY CONDITIONS:-

હું આ સાથે સહમતી આપુ છું કે મારી ક્લેઇમ ની રકમ મારા ખાતામાં સીધેસીધી જમા કરવા વિનંતી છે.

I AM GIVING HEREUNDER MY BANK ACCOUNT DETAILS:-

મારા ખાતાની વિગત નીચે મુજબ છે.

➤ NAME OF THE BANK

બેંક નું નામ

➤ BRANCH ADDRESS

બાંચ નું સરનામું

➤ ACCOUNT NUMBER

ખાતાનો નંબર

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

➤ TYPE OF ACCOUNT: SAVING ACCOUNT / CURRENT ACCOUNT

ખાતાનો પ્રકાર : બચત ખાતું ચાલુ ખાતું

➤ IFSC CODE:

આઈ બેંક એસ સી કોડ :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

➤ CANCELLED CHEQUE LEAF

કેસલ ચેક નું પાનું

Signature Of Insured (વિમાધારક ની સહી)

Date:(તારીખ)