

INDEMNITY BOND FOR DUPLICATE POLICY ISSUANCE

डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करने के लिए इंडेम्निटी बॉण्ड (क्षतिपूर्ति प्रतिज्ञापत्र)

राज्यवार यथा प्रयोजन गैर-न्यायिक स्टैंप पैपर पर क्रियान्वयन हेतु
इंडेम्निटी (पॉलिसी दस्तावेज खोने/नहीं प्राप्त होने के लिए)

पॉलिसीधारक
या
समनुदेशिनी
का स्व-सत्यापित
फोटो लगाएँ

उन सभी के लिए प्रस्तुति हेतु

पॉलिसीधारक/समनुदेशिनी और श्योरिटी का पूरा नाम, पता _____

जहाँ ₹ _____ के लिए इंश्योरेंस की पॉलिसी जिसका नंबर _____ है,
(आशवासित जीवन का पूरा नाम) _____ के जीवन पर
एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. द्वारा दी गई थी और जहाँ उक्त पॉलिसी दस्तावेज क्र. _____ (पॉलिसी नंबर)
(जो लागू न हो उसे काट दें)

☐ जो श्री/सुश्री/श्रीमती _____ के पास था,
खो गया है/गायब हो गया है/क्षतिग्रस्त हो गया है

☐ मेरे द्वारा प्राप्त नहीं किया गया है

और जहाँ उक्त कंपनी ने किसी भी स्वरूप के सभी नुकसानों/क्षतियों/खर्चों/लागतों इ. के प्रति उक्त एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस
कंपनी लिमिटेड को क्षतिपूर्ति करने के लिए उक्त (पॉलिसीधारक या समनुदेशिनी का नाम) _____
_____ और (श्योरिटी का नाम) _____

की घोषणा पर, उक्त पॉलिसी क्र. _____ के लिए (पॉलिसीधारक या समनुदेशिनी
का नाम) _____ को डुप्लिकेट पॉलिसी दस्तावेज जारी करने के लिए सहमति दी है.

अब ज्ञात हो कि उक्त समझौते के अनुसार और उक्त कंपनी, एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के विचाराधीन उक्त
(पॉलिसीधारक का नाम) _____ उक्त (पॉलिसीधारक या समनुदेशिनी का
नाम) _____ और (श्योरिटी का नाम) _____

को उक्त डुप्लिकेट पॉलिसी नंबर _____ जारी करने हेतु सहमति दी है, एतद्वारा उक्त कंपनी, उसके
उत्तराधिकारियों और असाइन्स के साथ अपने लिए, अपने वारिसों, एक्जिक्यूटर्स या प्रशासकों के लिए अनुबंध करते हैं कि उक्त
(पॉलिसीधारक का नाम) _____ और (श्योरिटी का नाम) _____

_____ उनके वारिस एक्जिक्यूटर्स या प्रशासक समय-समय पर और
हमें उक्त कंपनी यानी एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और उसके उत्तराधिकारियों या असाइन्स को किसी भी स्वरूप
और प्रकार की सभी कार्यवाहियों, मुकदमों, दावों और मांगों से हानि मुक्त और हानि से सुरक्षित रखेंगे जो किसी व्यक्ति द्वारा उक्त
मूल पॉलिसी क्र. _____ पर अपने किसी कारण से या उस पर अपने कब्जे या अधिकार के चलते उक्त कंपनी
यानी एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और उसके उत्तराधिकारियों या असाइन्स के विरुद्ध दायर किए जा सकते हैं,
रखे जा सकते हैं, दावार्त हो सकते हैं या किए जा सकते हैं.

इसके साक्ष्य स्वरूप उक्त (पॉलिसीधारक या समनुदेशिती का नाम) _____
और (श्योरिटी का नाम) _____ ने यहाँ _____
दिनांक _____ 20 _____ को अपने हस्ताक्षर किए हैं.

1. पॉलिसीधारक या समनुदेशिती का नाम और पता

(पॉलिसीधारक या समनुदेशिती का हस्ताक्षर)

2. श्योरिटी का नाम और पता

(श्योरिटी का हस्ताक्षर)

उक्त द्वारा इनकी उपस्थिति में हस्ताक्षर किया और दिया गया

गवाह

गवाह का नाम और पता

(गवाह का हस्ताक्षर)

यदि यह बॉण्ड अंग्रेजी के अलावा अन्य किसी भाषा में हस्ताक्षरित किया गया है या यदि पॉलिसीधारक/समनुदेशिती/श्योरिटी
निरक्षर हैं और अपने अंगूठे का निशान लगाते हैं तो सत्यापन करने वाले गवाह द्वारा दिया जाने वाला अतिरिक्त प्रमाणन.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस बॉण्ड की सामग्री को क्रियान्वयन से पहले पक्ष/क्षों को _____ में
समझाई गई थी और उन्होंने उसकी सामग्रियों को पूर्णतया समझने के बाद मेरी उपस्थिति में अपने हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठे का
निशान लगाया है.

(गवाह का हस्ताक्षर)