



भारतीय आयुर्विमा महामंडळ
भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA
मुंबई विभाग-१ / मुंबई मंडळ - १ / MUMBAI DIVISION - 1

प्रयंत्र क्र. 3756
फॉर्म सं. Form No. 3756

निष्पादन करण्यापूर्वी स्टॅम्प कार्यालय किंवा जिल्हाधिकारी ह्यांच्या कार्यालयात रु. _____ चे
स्टॅम्प लावावे किंवा त्याच किंमतीच्या अ-न्यायालयीन स्टॅम्प लावलेल्या कागदावर नक्कल करावे.

निष्पादन के पूर्व स्टॅम्प कार्यालय या कलेक्टर कार्यालय के रु. _____ का स्टॅम्प
लगाया जाए अथवा सममूल्य के साधारण स्टॅम्प कागज पर उतार लिया जाए।

(To be stamped Rs. _____ of the stamp Office or Collector's Office BEFORE
EXECUTION or be copied out on non-judicial Stamped Paper of equal value)

सर्व लोकांस ज्ञात करण्यात येत आहे की

(पॉलिसीधारक, समनुदेशिती आणि हमीदार ह्यांची नांवे आणि पत्ता)

कळवितात की पॉलिसी क्र. _____ रु. _____ साठी ही _____ रोजी
भारतीय आयुर्विमा महामंडळाने (ह्यापुढे महामंडळ म्हणून उल्लेखिलेले) श्री. _____

(विमित व्यक्तिचे पूर्ण नांव)

ह्यांच्या आयुष्यावर दिली होती, जी श्री. _____ ह्यांच्या ताब्यात होती आणि जी
हरवली / गहाळ झाली आहे. आणि महामंडळाने श्री. _____ ह्यांनी वरील

(पॉलिसीधारकाचे नांव)

पॉलिसी क्र. _____ ची प्रतिरूप पॉलिसी देण्याचे मान्य केले आहे, म्हणून सर्वजनांस हे विदित करण्यात
येत आहे की वरील कराराच्या फलस्वरूप आणि हा करारनामा निष्पादित होताना किंवा होण्यापूर्वी महामंडळाने वरील
पॉलिसी क्र. _____ ची प्रतिरूप पॉलिसी वरील श्री. _____

(पॉलिसीधारकाचे नांव)

ह्यांना देण्याचे मान्य केले आहे, सदरहू _____ हे ते स्वतः, त्यांचे वारस,

(पॉलिसीधारक, समनुदेशिती आणि हमीदार)

निष्पादक किंवा प्रशासक ह्यांच्या वतीने महामंडळ, तिचे उत्तराधिकारी आणि समनुदेशिती ह्यांच्याबरोबर मान्य करतात की
उपरोक्त _____ त्यांचे वारस, निष्पादक किंवा प्रशासक हे वेळोवेळी सदरहू महामंडळ,

(पॉलिसीधारक, समनुदेशिती आणि हमीदार)

तिचे वारस आणि समनुदेशिती ह्यांना कधीही कोणीही व्यक्ति मूळ पॉलिसी क्र. _____ ह्यांचा ताबा
असल्यामुळे किंवा त्यावर स्वामित्व असल्यामुळे त्यांच्याकडून कोणतीही कृती, खटले, खर्च, दावे आणि मागण्या कोणत्याही
प्रकारच्या आणि कोणत्याही प्रकारे दाखल केल्या जातील, रुजू केल्या जातील, मागण्या केल्या जातील ह्यांची तोशीस लागू देणार
नाहीत आणि त्यांची भरपाई करतील.

(कृपया उलटिए P.T.O.)

ह्यांचे साक्षीस्वरूप म्हणून वरील

(पॉलिसीधारक, समनुदेशिती आणि हमीदार)

ह्यांनी त्यांच्या स्वाक्षऱ्या केल्या आहेत.

ठिकाण

दिनांक

महिना

20

सभी लोगों को विदित हो कि

(पॉलिसीधारक, अभ्यर्पी तथा प्रतिभू का पूरा नाम व पता)

निवासी बयान देते है कि बीमा पॉलिसी संख्या

रु.

कि दिनांक

को भारतीय जीवन बीमा निगम (जिसे बाद में "निगम" कहा गया) द्वारा

(पॉलिसीधारक का नाम)

के जीवन पर स्वीकृत की गई थी और उक्त पॉलिसी संख्या

जो कि

के अधिपत्य में थी खो गई अथवा नष्ट हो गई है, और उक्त निगम ने उक्त

के नियम के साथ प्रसंविदा

(पॉलिसीधारक, अभ्यर्पी और प्रतिभू का नाम)

बनाने का उत्तरदायित्व लेने पर उक्त

(पॉलिसीधारक का नाम)

को पॉलिसी संख्या

की अनुलिपि जारी करना स्वीकार किया है। अब वे यह बयान, साक्षी,

उक्त प्रसंविदा के अनुकरण में तथा उक्त निगम के विचार से उक्त बयान के निष्पादन पर या उससे पूर्व

को उक्त पॉलिसी संख्या

(पॉलिसीधारक के नाम)

की अनुलिपि जारी करने की स्वीकृति देने पर उक्त

(पॉलिसीधारक, अभ्यर्पी और प्रतिभू का नाम)

स्वयं, अपने उत्तराधिकारियों, निष्पादको या, कार्यपालकों के लिए उक्त निगम इसके उत्तराधिकारियों और कार्यकर्ताओं के साथ एतद्वारा प्रसंविदा बनाते है और वे उक्त

(पॉलिसीधारक, अभ्यर्पी और प्रतिभू का नाम)

उनके उत्तराधिकारियों, निष्पादको, या कार्यपालकों द्वारा समय-समय पर या किसी भी समय उक्त निगम को इसके उत्तराधिकारियों निर्धारकों को बचायेंगे तथा नुकसान-रहित रखेंगे और उक्त निगम के उसके उत्तराधिकारियों तथा निर्धारकों के मामले, कार्रवाईयाँ, मुकदमें, मूल्यों, दावों और माँगों की किसी भी व्यक्ति / व्यक्तियों द्वारा किसी कारण से उक्त मूल पॉलिसी संख्या के अधिकार या अधिपत्य के आधार कथन के संबंध में किये जाने पर क्षतिपूर्ति करेंगे।

साक्ष्य में

में आज

(पॉलिसीधारक, अभ्यर्पी और प्रतिभू का नाम)

दिनांक

माह

को

में हस्ताक्षर किया।

(स्थान)

TO ALL TO WHOM these present shall come

(Full name and address of the Policyholder, assignee and surety)

inhabitants send Greeting WHEREAS a policy of insurance numbered _____
for Rs. _____ was granted on _____ by the
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA, hereinafter referred to as the Corporation on the life
of _____ AND WHEREAS the said
(Full Name of the Assured)

Policy No. _____ which was in the possession of _____
_____ has been lost or misplaced AND WHEREAS the said Corporation has on
the said _____
(Names of Policyholder, assignee and surety)

undertaking to enter into with the said Corporation a Covenant of the nature hereinafter appearing agreed
to issue to him said _____
(Name of Policyholder)

the duplicate of the said Policy No. _____ NOW KNOW YE AND THESE
PRESENT WITNESS that in pursuance of the said agreement and in consideration of the said corporation
having at or before the execution of these presents agreed to issue the duplicate of the said policy
No. _____ to the said _____
(Name of Policyholder)

they the said _____
(Name of Policyholder, Assignee and Surety)

do hereby for themselves, their heirs, executors or administrators Covenant with the Corporation its
successors and assignees that they the said _____
(Name of Policyholder, Assignee and Surety)

_____ their heirs, executors or
administrators will from time to time and at all times save and keep harmless and indemnified the said
Corporation its successors and assignees of and from all actions, suits, costs, claims and demands of
whatever nature and kind so ever which may be instituted, preferred, claimed or made against the said
Corporation, its successors or assignees by any person or persons by reason of her or their possession of
or right to the said original Policy No. _____ by reason of anything in relation
to the premises.

(कृपया उलटिए P.T.O.)

IN WITNESS WHEREOF the said _____

(Name of Policyholder, Assignee and Surety)

have hereunto put their hands at _____ this _____ day of _____ 20 _____

साक्षी के समक्ष हस्ताक्षरित एवं वितरित

Signed and delivered by the said

1)

(पॉलिसीधारकाचे नांव / पॉलिसीधारक का नाम Name of Policyholder)

in the presence of :

2)

(समनुदेशितीचे नांव / अभ्यर्पी का नाम Name of Assignee)

3)

(हमीदाराचे नांव / प्रतिभू का नाम / Name of Surety)

साक्षी WITNESS :

1. साक्षीदाराची स्वाक्षरी (संपूर्ण) / साक्षी का पूर्ण हस्ताक्षर:

Full Name

of Witness _____

साक्षीदाराचे नांव / साक्षी का नाम :-

Name of witness _____

हुद्दा / पद Designation _____

पत्ता / पता Address _____

1.

(समनुदेशितीची स्वाक्षरी / अभ्यर्पी का हस्ताक्षर)

(Assignee's Signature)

2. साक्षीदाराची स्वाक्षरी (संपूर्ण) / साक्षी का पूर्ण हस्ताक्षर:

Full Name

of Witness _____

साक्षीदाराचे नांव / साक्षी का नाम :-

Name of witness _____

हुद्दा / पद Designation _____

पत्ता / पता Address _____

2.

(पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी / पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर)

(Policyholder's Signature)

3. साक्षीदाराची स्वाक्षरी (संपूर्ण) / साक्षी का पूर्ण हस्ताक्षर:

Full Name

of Witness _____

साक्षीदाराचे नांव / साक्षी का नाम :-

Name of witness _____

हुद्दा / पद Designation _____

पत्ता / पता Address _____

3.

(हमीदाराची स्वाक्षरी / प्रतिभू का हस्ताक्षर)

(Signature of the Surety)

हुद्दा / पद Designation _____

पत्ता / पता Address _____

सूचना : जर हे बंधपत्र एखाद्या स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केलेले असेल तर स्वाक्षरीदारास विनंति करावी की त्यांनी असे प्रमाणित करावे की ह्या बंधपत्राचा मजकूर संबंधितास स्थानिक भाषेत निष्पादनापूर्वी समजावून देण्यात आला.

विशेष : यदि इस बन्धपत्र पर किसी क्षेत्रीय भाषा में हस्ताक्षर किया जाता है तो साक्षियों में से किसी एक से यह प्रमाणित करने का अनुरोध किया जाना चाहिए कि निष्पादन के पूर्व बन्धपत्र के तथ्यों को पक्ष को क्षेत्रीय भाषा में समझा दिया गया था।

Note : If this Bond is signed in any Regional Language one of the attesting witnesses should be required to certify that the contents of this Bond were explained to the party in the Regional language before execution.

सूचना : ह्या प्रपत्राबाबत कोणताही विवाद उदभवल्यास इंग्रजी भाषेतील संस्करण ग्राह्य धरले जाईल.

टिप : इस प्रपत्र की कानूनी व्याख्या के लिए अंग्रेजी पाठ ही अंतिम माना जाएगा।

Note : In case of dispute in respect of interpretation of terms the English version shall stand valid.

Form No. 3756

AM / 7500 Forms / 10-2014