प्रपत्र क्र. 3756
फार्म सं. Form No. 3756

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

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 स्टाम्प कार्यालय या कलेक्टर कार्यालय के रु. _____ का स्टाम्प लगाया जाए अथवा सममूल्य के साधारण स्टाम्प 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 प्रतिरुप पॉलिसी देण्याचे मान्य केले आहे, म्हणून सर्वजनांस हे विदित करण्यात येत आहे की वरील कराराच्या फलस्वरुप आणि हा करारनामा निष्पादित होताना किंवा होण्यापूर्वी महामंडळाने वरील पॉलिसी क्र. _____ ची प्रतिरुप पॉलिसी वरील श्री. _____

(पॉलिसीधारकाचे नांव)

ह्यांना देण्याचे मान्य केले आहे, सदर्हू _____ 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 सदर्हू 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 साक्षीस्वरुप 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 अनुलिपी 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 एतद्द्वारा 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 Convenant 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 _____

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 _____

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 _____

1. _____
(समनुदेशितीची स्वाक्षरी / अभ्यर्पी का हस्ताक्षर)
(Assignee's Signature)

2. _____
(पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी / पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर)
(Policyholder's Signature)

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 उद्‌भवल्यास 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.