

[To be printed on a plain A4 paper]  
[एक सादे A4 कागज़ पर मुद्रित करना होगा]

## INDEMNITY BOND / क्षतिपूर्ति बांड

This Indemnity Bond is executed at \_\_\_\_\_, on this \_\_\_\_\_ day of 20\_\_\_\_, by and between:  
यह क्षतिपूर्ति बांड \_\_\_\_\_ पर, 20\_\_\_\_ के आज \_\_\_\_\_ दिन को, निम्न के बीच निष्पादित किया गया:

I, \_\_\_\_\_ S/W/o Shri. \_\_\_\_\_ aged about \_\_\_\_\_ years, residing at \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ here in after referred to as the "Indemnifier") which expression shall unless repugnant to the context or meaning thereof, mean and include her successors and assigns of the **ONE PART**.

में, \_\_\_\_\_, पिता/पति श्री \_\_\_\_\_ उम्र लगभग \_\_\_\_\_ वर्ष, निवास स्थान \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ आगे से "क्षतिपूर्तिकर्ता" के रूप में संदर्भित (जिस अभिव्यक्ति से तात्पर्य, जब तक कि उसके संदर्भ या अर्थ के प्रतिकूल न हो और जिसमें उनके उत्तराधिकारी और निर्दिष्ट लोग सम्मिलित हैं।) **एक पक्ष**

**AND/ और**

**Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited**, a Company incorporated under the Companies Act, 1956 having its Office at 2nd Floor, Orchid Business Park, Sector-48, Sohna Road, Gurgaon-122018, Haryana, India, hereinafter referred to as the "**Company**" (which expression shall unless it be repugnant to the meaning or context thereof, be deemed to mean and include its successors and permitted assigns) of the **OTHER PART**;

**केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड**, कंपनी अधिनियम, 1956 के अधीन निगमित कंपनी, जिसका कार्यालय दूसरा तल, ऑर्किड बिज़नेस पार्क, सेक्टर - 48, सोहना रोड, गुडगाँव-122018, हरियाणा, भारत में स्थित है, आगे से "**कंपनी**" के रूप में संदर्भित (जिस अभिव्यक्ति से तात्पर्य, जब तक कि उसके संदर्भ या अर्थ के प्रतिकूल न हो और उनके उत्तराधिकारी और निर्दिष्ट लोग सम्मिलित हैं।) **दूसरा पक्ष**;

**WHEREAS: / जब कि:**

- Company has issued a policy bearing Policy Number (\_\_\_\_\_) (hereinafter referred to as the "Policy") to the Indemnifier wherein he/she is the Policyholder.  
कंपनी ने क्षतिपूर्तिकर्ता को पॉलिसी नंबर (\_\_\_\_\_) युक्त पॉलिसी (आगे से "पॉलिसी" के रूप में संदर्भित) जारी की है, जिसके वे पॉलिसीधारक हैं।
- The Indemnifier represents to the Company that the Original Policy Bond for the aforementioned Policy Number is lost and/or Misplaced irrecoverably.  
क्षतिपूर्तिकर्ता कंपनी को बयान दे रहा है कि ऊपर उल्लिखित पॉलिसी संख्या वाली पॉलिसी गुम हो गई है और/या वापस न मिल सकने योग्य रूप से खो गई है।
- Based on the above representations made by the Indemnifier, the Company is willing to issue a Duplicate Policy Bond, subject to the Indemnifier executing this deed of indemnity on the terms and conditions hereinafter.  
क्षतिपूर्तिकर्ता के उपर्युक्त बयानों के आधार पर, कंपनी डुप्लीकेट पॉलिसी बांड जारी करने के लिए सहमत है, बशर्ते कि क्षतिपूर्ति कर्ता आगे निर्दिष्ट नियमों और शर्तों पर इस क्षतिपूर्ति बांड को निष्पादित करता है।

**NOW THIS INDEMNITY BOND WITNESSETH AS FOLLOWS: / अब यह क्षतिपूर्ति बांड निम्नतः प्रमाणित करता है:**

- The Indemnifier confirms that he/she is the Policyholder in respect of the aforementioned Policy.  
क्षतिपूर्तिकर्ता उपर्युक्त पॉलिसी के संदर्भ में पुष्टि करता/करती है कि वही पॉलिसीधारक है।
- The Indemnifier also confirms that the Original Policy Bond for the aforementioned Policy Number issued to him/her by the Company is lost and/or misplaced irrecoverably and that there is no willful suppression of any material fact.  
क्षतिपूर्तिकर्ता यह भी पुष्टि करता/करती है कि कंपनी द्वारा उसे जारी ऊपर उल्लिखित पॉलिसी संख्या वाली पॉलिसी गुम हो गई है और/या वापस न मिल सकने योग्य रूप से खो गई है तथा जानबूझ कर कोई महत्वपूर्ण तथ्य छिपाया नहीं जा रहा है।
- In consideration of the Indemnifier indemnifying the Company as envisaged herein and based on the representations made by the Indemnifier, the Company agrees to issue a duplicate policy bond to the Indemnifier for the said Policy.  
क्षतिपूर्तिकर्ता द्वारा यहाँ परिकल्पित रूप से कंपनी को क्षतिपूर्ति करने पर विचार करते हुए और क्षतिपूर्तिकर्ता द्वारा दिए गए बयानों के आधार पर, कंपनी उक्त पॉलिसी के लिए क्षतिपूर्तिकर्ता को डुप्लीकेट पॉलिसी बांड जारी करने के लिए सहमत है।
- If the Original Policy Bond is recovered at a later stage, the Indemnifier shall keep the Company indemnified and hold harmless from any claim/demand that may be made by any person claiming interest or right under the Policy as a beneficiary or in any other capacity on the basis of such recovery.  
यदि बाद में किसी चरण पर मूल पॉलिसी बांड मिल जाती है, तो क्षतिपूर्तिकर्ता कंपनी को क्षतिपूर्क रखेगा और हिताधिकारी के रूप में या इस प्रकार पॉलिसी मिलने के आधार पर किसी अन्य योग्यता के आधार पर पॉलिसी के तहत ब्याज या अधिकार का दावा करने वाले किसी अन्य व्यक्ति के दावे/माँग से उसे हानिरहित रखेगा।

5. Further the Indemnifier agrees to indemnify and always keep the Company indemnified and hold harmless from any penalty, damages, costs, or any other amount/s payable of whatsoever nature including but not limited to any amount payable under a decree or order of a Court or adjudicating authority, legal fees and expenses (including counsel fee) in relation to the prosecution or defense or settlement of any claims/ demands whatsoever arising out of the Policy.

इसके अतिरिक्त क्षतिपूर्तिकर्ता सहमत है कि वह कंपनी को किसी भी स्वरूप के देय जुर्माने, हर्जाने, लागत या अन्य कोई राशि के लिए, जिसमें सम्मिलित है लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं, पॉलिसी से उत्पन्न होने वाले किसी दावे/माँग के अभियोग या प्रतिरक्षा या निपटान के संबंध में न्यायालय या किसी निर्णायक प्राधिकरण की डिक्री या आदेश के तहत देय किसी राशि के लिए क्षतिपूर्ति करेगा और हमेशा क्षतिपूरक रखेगा।

6. This Indemnity is absolute and the Indemnifier agrees to fulfill the same if and when the Company is in any way liable or responsible to pay any amount to any person in respect of the Policy and/or any claim arising out of the Policy in future or at any time on the basis of the recovery of the Original Policy Bond.

यह क्षतिपूर्ति संपूर्ण है और क्षतिपूर्तिकर्ता उसे पूरा करने के लिए सहमत है यदि और जब भी कंपनी भविष्य में या किसी भी समय मूल पॉलिसी बांड के मिल जाने के आधार पर पॉलिसी के संबंध में और/या पॉलिसी से उत्पन्न होने वाले किसी दावे के संबंध में किसी व्यक्ति को किसी राशि के भुगतान के लिए किसी प्रकार उत्तरदायी या जिम्मेवार होता है।

7. It is further declared that the Indemnity given by this Deed is irrevocable and will remain in full force and effect.  
आगे यह भी घोषित किया जाता है कि इस विलेख द्वारा दी गई क्षतिपूर्ति अविकल्प है और पूरी शक्ति और प्रभाव के लागू होगी।

IN WITNESS WHEREOF THIS INDEMNITY BOND HAS BEEN SIGNED, SEALED AND EXECUTED BY THE PARTIES ON THE DAY MONTH AND YEAR FIRST ABOVE WRITTEN.

इसके प्रमाण में पक्षों द्वारा ऊपर पहले लिखित दिन, माह और वर्ष को क्षतिपूर्ति बांड पर हस्ताक्षर किया गया, उस पर मुहर लगाई गई और उसे निष्पादित किया गया।

INDEMNIFIER/ क्षतिपूर्तिकर्ता  
(Policy Holder's Signature)  
(पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर)

Witness Name, Address & Signature/गवाह का नाम, पता और हस्ताक्षर

1. .... 2. ....  
.....  
.....

**Declaration, if this form is signed in Vernacular/Thumb Impression:**

I, \_\_\_\_\_ son / daughter of \_\_\_\_\_, an adult residing at \_\_\_\_\_ hereby declare that the contents of this form have been duly explained to me in \_\_\_\_\_ language and have been understood by me.

(Signature of the customer) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Contact No. \_\_\_\_\_

**घोषणा, यदि यह फॉर्म मातृभाषा में साइन किया गया हो अँगूठे का निशान:**

मैं, \_\_\_\_\_ का पुत्र/की पुत्री, \_\_\_\_\_ का/की निवासी एक वयस्क एतद् द्वारा यहां घोषित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र की सामग्री को मुझे पूरी तरह से \_\_\_\_\_ भाषा में समझाया गया है और मैंने समझ लिया है।

(ग्राहक के हस्ताक्षर) \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ संपर्क नं. \_\_\_\_\_

**Instruction & Disclaimer/ निर्देश और अस्वीकरण:**

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.  
कृपया विवरण केवल हिन्दी/अंग्रेज़ी में भरें।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.  
विषय-वस्तु की व्याख्या में कोई असहमति होने पर अंग्रेज़ी संस्करण मान्य होगा।

Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited (IRDAI Regn. No. 136), Policy Servicing Department 2nd Floor, Orchid Business Park, Sector-48, Sohna Road, Gurugram-122018, Haryana, India Regd Office : Unit No. 208, 2nd Floor, Kanchenjunga Building, 18 Barakhamba Road, New Delhi - 110001, Corporate Identity No. - U66010DL2007PLC248825, Contact :1800-103-0003 / 1800-180-0003, 011-49512300 (Tel)/+91 0124 4535099 (Fax) / Email : customerservice@canarahsbclife.in, Website : www.canarahsbclife.com