

## पॉलिसी लॉस्ट इंडेम्निटी बॉण्ड

< दिनांक >

प्रति,

टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस कं. लि.,

माननीय महोदय,

मुझे / हमें मूल पॉलिसी कॉन्ट्रैक्ट जिसका पॉलिसी नं. \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ है और आश्वासित राशि  
₹. \_\_\_\_\_ है, के बदले में मेरे / हमारे निवेदन पर डुप्लिकेट पॉलिसी कॉन्ट्रैक्ट आप द्वारा जारी करने के संदर्भ में.

मैं / हम एतद्वारा कंपनी, निदेशक और कंपनी के अन्य अधिकारियों को सभी कार्रवाइयों, लागत, दावों, देयताओं और किसी भी प्रकार के खर्चों की क्षतिपूर्ति करने के लिए सहमत हैं, जो कंपनी द्वारा उपरोक्त डुप्लिकेट पॉलिसी कॉन्ट्रैक्ट मुझे / हमें जारी करने या कभी भविष्य में मूल पॉलिसी दस्तावेज मिलने / पाए जाने के परिणामस्वरूप कंपनी या निदेशकों और कंपनी के अन्य अधिकारियों द्वारा उठाए गए हैं या खर्च किए गए हैं .

मैं / हम घोषित करते हैं कि मैंने / हमने मूल पॉलिसी कॉन्ट्रैक्ट को असाइन नहीं किया है.

मैं / हम जानते हैं कि मेरे / हमारे द्वारा यहां ऊपर की गई घोषणा पर निर्भर रहकर और उसे सत्य मानकर आप एक डुप्लिकेट जारी करेंगे.

दिनांक \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

पॉलिसीधारक / असाइनी / ट्रस्टी का हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

पॉलिसीधारक / असाइनी / ट्रस्टी का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

संपर्क नंबर: \_\_\_\_\_

व्यवसाय: \_\_\_\_\_

पैन नंबर: \_\_\_\_\_

गवाह का हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

गवाह का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

संपर्क नंबर: \_\_\_\_\_