

[To be printed on a plain A4 paper]
(সাধারণ A4 আকারের কাগজে প্রিন্ট নিতে হবে)

INDEMNITY BOND
ইনডেমনিটি বন্ড

This Indemnity Bond is executed at _____, on this _____ day of 20____, by and between:

এই ইনডেমনিটি বন্ড অদ্য _____, মাস, 20____ সালের দিনে নিম্নলিখিতদের দ্বারা ও মধ্যে সম্পাদিত হল:

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**.

আমি, পিতার/স্বামীর নাম _____, নিবাস _____ (এতদ্বারা “ক্ষতিপূরণকারী” অভিধায় চিহ্নিত) তথ্যাদির সাপেক্ষে এতদ্বারা অভিব্যক্তি হিসাবে বিষয়বস্তু বিরোধী না হওয়া পর্যন্ত ও সংজ্ঞা অনুযায়ী অর্থ বহণ অনুযায়ী আমার সংশ্লিষ্ট উত্তরাধিকারী ও দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তিদের অন্তর্ভুক্তি অনুসারে আমাকে একটি পক্ষ হিসাবে গণ্য করা হবে।

AND/ এবং

Canara HSBC Life Insurance Company Limited, a Company incorporated under the Companies Act, 1956 having its Office at 139 P, Sector 44, Gurgaon – 122003, 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**;

কানাড়া এইচ এস বি সি লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড, কোম্পানি আইন 1956 অধীনে স্থাপিত একটি কোম্পানি যার কার্যালয়ের ঠিকানা 139 P, সেক্টর 44, গুরগাঁও - 122003, হরিয়ানা (ভারত) এতদ্বারা “কোম্পানি” অভিধায় চিহ্নিত হবে এবং উক্ত তথ্যাদির সাপেক্ষে এতদ্বারা (অভিব্যক্তি হিসাবে বিষয়বস্তু বিরোধী না হওয়া পর্যন্ত ও সংজ্ঞা অনুযায়ী অর্থ বহণ অনুযায়ী আমার সংশ্লিষ্ট উত্তরাধিকারী ও দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তিদের অন্তর্ভুক্তি অনুসারে) অপর পক্ষ হিসাবে গণ্য হবে।

WHEREAS:/ যেখানে :

- A. Company has issued a policy bearing Policy Number (_____) (hereinafter referred to as the “Policy”) to the Indemnifier wherein he/she is the Policyholder.
কোম্পানির পক্ষ থেকে ক্ষতিপূরণকারীকে একটি পলিসি পলিসি নং (_____) ইস্যু করা হয়েছে (এতদ্বারা “পলিসি” অভিধায় চিহ্নিত হবে) যদিও তিনি একজন পলিসি ধারক।
- B. The Indemnifier represents to the Company that the Original Policy Bond for the aforementioned Policy Number is lost and/or Misplaced irrecoverably.
উপরে উল্লেখিত পলিসি বন্ড নম্বর সহ মূল পলিসিটি পুনরুদ্ধার অযোগ্য হিসাবে হারিয়ে গেলে এবং/অথবা স্থানচ্যুত হলে ক্ষতিপূরণকারী কোম্পানির পক্ষে প্রতিনিধিত্ব করবেন।
- C. 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.
ক্ষতিপূরণকারী দ্বারা উপরোক্ত প্রতিনিধিত্বের সাপেক্ষে, কোম্পানি একটি ডুপ্লিকেট পলিসি বন্ড ইস্যু করতে আগ্রহী, যদিও প্রকাশ থাকে যে ক্ষতিপূরণকারী নিয়ম ও শর্তাবলীর ভিত্তিতে এতদ্বারা এই চুক্তি সম্পাদন করছেন।

NOW THIS INDEMNITY BOND WITNESSETH AS FOLLOWS:

এখন এই ইনডেমনিটি বন্ড সাক্ষ্য সাপেক্ষে নিম্নরূপ হবে:

- The Indemnifier confirms that he/she is the Policyholder in respect of the aforementioned Policy.
ক্ষতিপূরণকারী উপরে উল্লেখিত পলিসির ভিত্তিতে নিজেকে পলিসি ধারক হিসাবে সুনিশ্চিত করছেন।
- 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.
তাহাড়াও ক্ষতিপূরণকারী সুনিশ্চিত করছেন যে উপরে উল্লেখিত পলিসি বন্ড নম্বর সহ তার নামে ইস্যু হওয়া মূল পলিসিটি পুনরুদ্ধার অযোগ্য হিসাবে হারিয়ে গেছে এবং/অথবা স্থানচ্যুত হয়েছে এবং এখানে ইচ্ছাকৃত ভাবে কোন বাস্তব তথ্যাদি গোপন করা হচ্ছে না।
- 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.
এখানে যেভাবে ক্ষতিপূরণকারী কোম্পানিকে ক্ষতি থেকে সর্বতোভাবে দায়মুক্ত রাখছেন এবং ক্ষতিপূরণকারীর প্রতিনিধিত্বের ভিত্তিতে কোম্পানি একটি উক্ত পলিসির একটি ডুপ্লিকেট পলিসি বন্ড তাঁর নামে ইস্যু করতে সন্মত থাকছে।
- 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.
যদি আসল পলিসি বন্ড পরবর্তী কোন সময়ে পুনরুদ্ধার হয়, সেক্ষেত্রে এই পুনরুদ্ধারের ভিত্তিতে যে কোন ব্যক্তির দ্বারা উত্থাপিত অধিকার বা স্বত্ব প্রয়োগের ভিত্তিতে সুবিধাভোগী হিসাবে বা অন্য কোন ক্ষমতা উদ্ভূত আর্থিক দাবি/চাহিদা উদ্ভূত হবার পরিস্থিতিতে ক্ষতিপূরণকারী কোম্পানিকে সর্বদা, সর্বতো ভাবে দায়মুক্ত রাখবেন।

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.

এই ব্যতীত ক্ষতিপূরণকারী কোম্পানিকে যাবতীয় জরিমানা, ক্ষতি, মূল্য পরিশোধ অথবা অন্য ধরনের যে কোন দায় কিংবা তাতেই সীমাবদ্ধ না থেকে অভিযোগ দায়ের বা আত্মপক্ষ সমর্থন বা পলিসি সম্পর্কে উদ্ভূত যে কোন আর্থিক দাবি/চাহিদা ছাড়াও যে কোন প্রকার ডিফ্রি বা আদালতের নির্দেশ মতো অন্য যে কোন পরিমাণ অর্থ, আইনি খরচ ও ব্যয় ভার (পরামর্শের সান্মানিক) বহন করা থেকে সর্বতো ভাবে দায়মুক্ত এবং সুরক্ষিত রাখতে সন্মত হচ্ছেন।

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.

এই ক্ষতিপূরণ সংক্রান্ত রক্ষাকবচ চূড়ান্ত গণ্য করা হচ্ছে এবং যদি ও যখন পলিসি সম্পর্কে ভবিষ্যতে অথবা যে কোন সময়ে কোন ব্যক্তিকে যে কোন পরিমাণ অর্থ দেবার জন্য কোম্পানির কোন দায় বা দায়িত্ব বর্তায় এবং/অথবা পলিসি সম্পর্কে আসল পলিসি বন্ডটি পুনরুদ্ধারের জন্য কোম্পানির পক্ষে প্রদেয় কোন আর্থিক দাবির পরিস্থিতির সৃষ্টি হয় সেই অনুযায়ী ক্ষতিপূরণকারী তা পূরণ করতে সন্মত থাকছেন।

7. It is further declared that the Indemnity given by this Deed is irrevocable and will remain in full force and effect.

তাহাড়াও এটি পুনরায় ঘোষণা করা হচ্ছে যে এই চুক্তি মাধ্যমে যে ক্ষতিপূরণ নিশ্চয়তা দেওয়া হয়েছে সেটি ফের অযোগ্য এবং তা বরাবর বহাল ও কার্যকর থাকবে।

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

সাক্ষীদের উপস্থিতিতে উপরের বর্ণনা অনুযায়ী উভয় পক্ষ দ্বারা অদ্য দিন, মাস ও বসর সমন্বিত তারিখে এই ইনডেমনিটি বন্ড স্বাক্ষর, শিলমোহর দান সহ সম্পন্ন হল।

INDEMNIFIER/ক্ষতিপূরণকারী
(Policy Holder's Signature)/(পলিসি ধারকের স্বাক্ষর)

Witness Name, Address & Signature / সাক্ষীর নাম, ঠিকানা ও স্বাক্ষর

1.

2.

.....

.....

.....

.....

Declaration, if this form is signed in Vernacular/Thumb Impression: /এই ফর্মে নিবন্ধ ঘোষণা মাতৃভাষায় স্বাক্ষরিত/বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের ছাপ সমন্বিত হলে :

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.

আমি, পিতার নাম _____, একজন প্রাপ্তবয়স্ক ও নিবাস _____ এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমার কাছে ফর্মের বিষয়বস্তু পুরোপুরি _____ ভাষায় ব্যাখ্যা করা হয়েছে, যা আমি সম্পূর্ণ রূপে বুঝতে পেরেছি।

(Signature of the customer) _____ Date _____ Contact No. _____

(গ্রাহকের স্বাক্ষর) _____ তারিখ _____ যোগাযোগের নং _____

Instruction & Disclaimer: / নির্দেশাবলী ও অস্বীকৃতি:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র হিন্দি/ইংরেজি ভাষায় ফর্ম পূরণ করুন।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
বিষয়বস্তু সম্পর্কে কোন বৈষম্য বা মতভেদের ক্ষেত্রে ইংরেজি সংস্করণটি গ্রাহ্য হবে।

Canara HSBC Life Insurance Company Limited / কানাডা এইচ এস বি সি লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড
(formerly known as Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited) **IRDAI Regn. No. 136**
Corporate Office Address: 139 P, Sector 44, Gurugram – 122003, Haryana, India
Registered Office Address: Unit No. 208, 2nd Floor, Kanchenjunga Building, 18 Barakhamba Road, New Delhi - 110001
Corporate Identity No: U66010DL2007PLC248825

☎ Call us at 1800-103-0003/1800-180-0003/1800-891-0003

✉ SMS at 09779030003

✉ E-mail us at customerservice@canarahsbclife.in

👉 Visit our website at www.canarahsbclife.com