

# Indemnity-Loss/Non-receipt of Policy Document

## क्षतिपूर्ति-नुकसान/पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त न होना

### For office use only:

केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए:  
Branch:  
शाखा:  
Received at branch on:  
शाखा पर प्राप्त होने की तारीख:  
Received by:  
प्राप्तकर्ता:  
Interaction ID:  
इंटरैक्शन आईडी:



☐ Loss of Policy Document  
पॉलिसी दस्तावेज़ का खो गई है

☐ Non-receipt of Document  
दस्तावेज़ प्राप्त नहीं हुआ है

Policy Number:   
पॉलिसी संख्या:

E-Insurance Account No.:   
ई-इंश्योरेंस खाता नंबर.:

(For demat customers only)  
(केवल डीमैट ग्राहकों के लिए)

Details of the Policyholder:  
पॉलिसीधारक का विवरण:

Name of the Policyholder: \_\_\_\_\_  
पॉलिसीधारक का नाम:

1. I/We, \_\_\_\_\_ aged \_\_\_\_\_ years and at present residing at (address) \_\_\_\_\_ am / are the policyholder(s) under policy no. \_\_\_\_\_ (hereinafter referred to as "Original Policy Document") issued by HDFC Life Insurance Company Limited (hereinafter referred to as "the imited (hereinafter referred to as "the Company").

1. मैं/हम \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_ वर्ष और वर्तमान में (पता) \_\_\_\_\_ पर रह रहा हूँ/रहे हैं, एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे आगे "पॉलिसी नंबर कंपनी" कहा जाएगा) द्वारा जारी पॉलिसी संख्या \_\_\_\_\_ (जिसे आगे "मूल पॉलिसी दस्तावेज़" कहा जाएगा) के अंतर्गत पॉलिसीधारक हूँ/हैं।

2. The Company has informed that the Original Policy Document bearing policy no. \_\_\_\_\_ had been forwarded to my/our address and the same has been delivered to me/us.

2. कंपनी ने सूचित किया है कि पॉलिसी संख्या \_\_\_\_\_ वाला मूल पॉलिसी दस्तावेज़ मेरे/हमारे पते पर भेज दिया गया है तथा मुझे/हमें सुपुर्द कर दिया गया है।

3. I/We wish to inform the Company that I/we have lost the Original Policy Document issued by the Company hence request for a duplicate OR I/we have not received the policy, and hence request the Company to reissue the policy (subject to verification by the Company of such non-receipt of policy by me/us).

3. मैं/हम कंपनी को सूचित करना चाहता हूँ/चाहते हैं कि मैंने/हमने कंपनी द्वारा जारी किया गया मूल पॉलिसी दस्तावेज़ खो दिया है, इसलिए उसकी डुप्लिकेट की मांग करते हैं या मैंने/हमें पॉलिसी प्राप्त नहीं हुई है, और इसलिए कंपनी से पॉलिसी पुनः जारी करने का अनुरोध करते हैं (मुझे/हमें पॉलिसी प्राप्त न होना कंपनी द्वारा सत्यापन के अधीन है)।

4. I/We agree to the condition that if the Original Policy Document is found or received at a later date by either me/us or the Company, then the same will be cancelled by the Company and will be deemed as null & void by the Company. I/We also confirm that I/we have not assigned, pledged or in any way disposed of or dealt with the said policy nor have I/we created any pledge or encumbrance on the said policy.

4. मैं/हम इस शर्त से सहमत हूँ/हैं कि यदि मूल पॉलिसी दस्तावेज़ मुझे/हमें या कंपनी को बाद में मिलता है या प्राप्त होता है, तो उसे कंपनी द्वारा रद्द कर दिया जाएगा और कंपनी द्वारा उसे अमान्य माना जाएगा। मैं/हम यह भी पुष्टि करता हूँ/करते हैं कि मैंने/हमने उक्त पॉलिसी को किसी को असाइन नहीं किया है, गिरवी नहीं रखा है या किसी भी तरह से निपटारा नहीं है और न ही मैंने/हमने उक्त पॉलिसी पर कोई गिरवी या अधिभार बनाया है।

5. I/We do hereby jointly and severally covenant with the Company, its successors and administrators respectively; that I/we shall at all times save, defend, indemnify and hold harmless the Company, its successors and assigns and the Directors and Managers thereof and their respective heirs, executors and administrators and each of their estates and effects from and against all actions, causes, suits, proceedings, accounts, claims and demands whatsoever on account of misuse, fraud of any kind on the Original Policy Document lost by me/us and against all damages, costs, charges, expenses and sums of money incurred in respect thereof or and I/we, the Policyholder(s) undertake on demand by the Company to return and deliver to the Company the Original Policy Document if and when found/received by me/us in future.

5. मैं/हम, मेरे/हमारे द्वारा खोए गए मूल पॉलिसी दस्तावेज़ पर किसी भी प्रकार के दुरुपयोग, धोखाधड़ी के कारण हो और उससे संबंधित सभी क्षतियों, लागतों, शुल्कों, खर्चों और धनराशियों के प्रति कंपनी, उसके उत्तराधिकारियों और प्रशासकों के साथ संयुक्त रूप से और पृथक रूप से अनुबंध करते हैं; कि मैं/हम हर समय कंपनी, उसके उत्तराधिकारियों और नियुक्तियों और उसके निदेशकों और प्रबंधकों और उनके संबंधित उत्तराधिकारियों, निष्पादकों और प्रशासकों और उनकी प्रत्येक संपदा और प्रभावों को सभी कार्रवाइयों, कारणों, मुकदमों, कार्यवाहियों, खातों, दावों और मांगों से बचाऊंगा/बचेंगे, बचाव करूंगा/करेंगे, क्षतिपूर्ति करूंगा/करेंगे और हानिरहित रखूंगा/रखेंगे और मैं/हम पॉलिसीधारक(गण), मुझे/हमें प्राप्त होने के उपरांत कंपनी द्वारा मांगे जाने पर मूल पॉलिसी दस्तावेज़ को वापस करने और कंपनी को सौंपने का वचन देते हैं।

Date: DD/MM/YYYY  
तारीख:  
Place:  
स्थान:

SIGN HERE  
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Policyholder 1  
पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर 1

Date: DD/MM/YYYY  
तारीख:  
Place:  
स्थान:

SIGN HERE  
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Policyholder 2  
पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर 2  
(In case of Joint Life)  
(जाइंट लाइफ के मामले में)

### Customer Acknowledgement Copy- Indemnity-Loss/Non-receipt of Policy Document

ग्राहक के पावती की प्रति- क्षतिपूर्ति- पॉलिसी दस्तावेज़ की हानि/प्राप्ति न होना

Policy No.: \_\_\_\_\_  
पॉलिसी सं.:

Customer Relations Officer: \_\_\_\_\_ Date: DD/MM/YYYY Time: \_\_\_\_\_  
ग्राहक संबंध अधिकारी: तारीख: समय:

Branch Stamp  
शाखा की मोहर

HDFC Life Insurance Company Limited (HDFC Life). CIN: L65110MH2000PLC128245. IRDAI Registration No.101.

एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एचडीएफसी लाइफ)। CIN: L65110MH2000PLC128245। IRDAI पंजीकरण संख्या 101।

Call 022-68446530 (Call charges apply). DO NOT prefix any country code e.g. +91 or 00. Available Mon-Sat from 10 am to 7 pm | Email - service@hdfclife.com | nriservice@hdfclife.com

कोई भी सवाल पूछने या अधिक जानकारी के लिए, हमें 022-68446530 पर कॉल करें (कॉल शुल्क लागू)। यह सोमवार से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध है। किसी भी देश का कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ।

ईमेल - service@hdfclife.com | nriservice@hdfclife.com

(For NRI customers only) Visit - www.hdfclife.com.

(केवल एनआरआई ग्राहकों के लिए) विजिट करें - www.hdfclife.com।

Witness Details(Applicable for Loss/Non-receipt of Policy Document) :

गवाह का विवरण (पॉलिसी दस्तावेज़ के खो जाने/प्राप्त न होने पर लागू):

The witness has to be other than staff/agent of HDFC Life Insurance Company Limited.  
गवाह एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के कर्मचारी/एजेंट के अलावा कोई अन्य व्यक्ति होना चाहिए।

Name नाम	Address पता	Signature हस्ताक्षर

Declaration made by third person where the Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular:  
तीसरे व्यक्ति द्वारा की गई घोषणा जिसमें पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया हो/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हों:

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in \_\_\_\_\_ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.  
पॉलिसीधारक ने अपना अंगूठा लगाया है/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन नहीं भरा है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र की विषय-वस्तु पॉलिसीधारक को \_\_\_\_\_ भाषा में समझा दी गई है और मुझे दिए गए उत्तरों को ईमानदारी से दर्ज किया गया है। मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसीधारक ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठे का निशान लगाया है।

Name of the Declarant: \_\_\_\_\_  
घोषणाकर्ता का नाम:  
Date: DD/MM/YYYY Place: \_\_\_\_\_  
तारीख: स्थान:  
Address: \_\_\_\_\_  
पता:

SIGN HERE  
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Third Person  
तीसरे व्यक्ति का हस्ताक्षर

**HDFC Life Insurance Company Limited (HDFC Life).** CIN: L65110MH2000PLC128245. IRDAI Registration No.101.  
**एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एचडीएफसी लाइफ)**। CIN: L65110MH2000PLC128245। IRDAI पंजीकरण संख्या 101।  
**Regd. Office:** 13th Floor, Lodha Excelus, Apollo Mills Compound, N. M. Joshi Marg, Mahalaxmi, Mumbai - 400 011.  
**पंजीकृत कार्यालय:** 13वीं मंजिल, लोधा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई - 400 011।

