

NO OBJECTION CERTIFICATE FOR BENEFIT PAYMENT IN CASE OF CONDITIONAL ASSIGNMENT

শর্তাধীন স্বত্ব-নিয়োগের সুবিধা-প্রদান প্রাপ্তির ক্ষেত্রে অনাপত্তির শংসাপত্র

This is regarding the Life Insurance Policy bearing No _____ issued by Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited (Company) in favor of _____ (Policyholder) on which a conditional assignment was recorded earlier in favor of _____ (Assignee).

We request the Company to revoke the conditional assignment and hereby declare that the (assignee /assignor) _____ Mr/Ms/M/s _____ is hereby authorized to receive all the Policy benefit payable which is already due or shall be due against the above mentioned assigned Policy and that such payment shall give a valid and sufficient discharge to the Company.

এই পত্রটির বিষয় হল কানাড়া HSBC ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড (কোম্পানি), দ্বারা প্রচালিত _____ নম্বরের জীবন বিমা চুক্তি প্রকল্পের অধীনে _____ পক্ষে (বিমাকারী) সেইটি, যেটির প্রতি পূর্বে _____ পক্ষে (স্বত্ব-নিয়োগী হিসাবে) একটি শর্তাধীন স্বত্ব-নিয়োগ লিপিবদ্ধ করা হয়েছিল। _____ আমরা শর্তাধীন স্বত্ব-নিয়োগ প্রত্যাহার করে নিতে কোম্পানিকে অনুরোধ জানাচ্ছি এবং ঘোষণা করছি যে (স্বত্ব-নিয়োগকারী/ স্বত্ব-নিয়োগী) শ্রীমান/শ্রীমতী/সর্বশ্রী _____ এতদ্বারা বিমার্চুক্তির সুবিধা বাবদ প্রদান-যোগ্য অর্থ গ্রহণ করতে প্রাধিকার প্রাপ্ত যেটি উপরে উল্লিখিত স্বত্ব-নিয়োগিত বিমার্চুক্তির বিপরীতে ইতিমধ্যেই বকেয়া রয়েছে বা বকেয়া হতে চলেছে এবং এই প্রদান কোম্পানিকে এক প্রকার বৈধ এবং পর্যাঙ্গ দায়িত্ব-পালনে সহায়তা করবে।

Signature of Assignor

স্বত্ব-নিয়োগকারীর স্বাক্ষর

Signature of Assignee

স্বত্ব-নিয়োগীর স্বাক্ষর

(Company/bank stamp and signature of authorized Signatory if Assignee is a Company/bank)

(যদি স্বত্ব-নিয়োগী কোনো কোম্পানি/ব্যাঙ্ক হয় তবে কোম্পানি/ব্যাঙ্কের স্ট্যাম্প সহ প্রাধিকার যুক্ত স্বাক্ষরদাতার স্বাক্ষর))

Name:

নাম:

Date:

তারিখ:

Address:

ঠিকানা:

Contact Number:

যোগাযোগের নম্বর:

Name:

নাম:

Date:

তারিখ:

Address:

ঠিকানা:

Contact Number:

যোগাযোগের নম্বর:

DECLARATION/ ঘোষণাপত্র

I hereby state that whatever is stated herein above by _____ are true to the best of my knowledge and the signature is of the assignor and assignee affixed on the date & place herein above stated.

গোপন

আমি এতদ্বারা বিবৃত করছি যে _____ এই স্থানে এবং উপরে উল্লিখিত এবং ঐ দিন, সময় ও তারিখে আশুত স্বাক্ষর যথাক্রমে স্বত্ব-নিয়োগকারীর এবং স্বত্ব-নিয়োগীরই কৃত স্বাক্ষর এবং আমার দ্বারা লিখিত সমস্ত বক্তব্য আমার মতে সত্য এবং সঠিক।

Signature of Witness

সাক্ষীর স্বাক্ষর

Full name of witness:

সাক্ষীর পুরো নাম

Date:

তারিখ:

Address:

ঠিকানা:

Contact Number:

যোগাযোগের নম্বর:

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. _____

ঘোষণা, এই ফর্মটি যদি মাতৃভাষায়/বুড়ো আঙ্গুলের ছাপ দ্বারা স্বাক্ষর করা থাকে

আমি , _____ এর পুত্র/কন্যা, _____ এর একজন প্রাপ্তবয়স্ক নিবাসী আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই ফর্মটির বিষয়বস্তু _____ ভাষাতে আমাকে সম্পূর্ণরূপে বোঝানো হয়েছে এবং আমি এটি বুঝতে পেরেছি।

(গ্রাহকের স্বাক্ষর) _____ তারিখ _____ ফোন নম্বর. _____

Instruction & Disclaimer: /নির্দেশনা ও দাবী পরিত্যাগ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
অনুগ্রহ করে সমস্ত কিছু হিন্দী/ইংরেজীতে পূরণ করুন।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
কোনো সামগ্রীর অসঙ্গতির ক্ষেত্রে ইংরেজী সংস্করণটিকেই বিবেচনা করা হবে।

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 /+91 0124 4535099 (Fax) / Email : customerservice@canarahsbclife.in, Website : www.canarahsbclife.com