

**NO OBJECTION CERTIFICATE FOR BENEFIT PAYMENT IN CASE
OF CONDITIONAL ASSIGNMENT**

ସର୍ତ୍ତମୂଳକ ହସ୍ତାନ୍ତରଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଲାଭ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ ଆପଣ ରହିତ ପ୍ରମାଣପତ୍ର

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 favour 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.

ଏହା କାନାରା ଏଚଏସବିସି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (କମ୍ପାନୀ) ଦ୍ୱାରା _____ (ପଲିସିଧାରୀ)ଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ଜାରି ହୋଇଥିବା ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସି ନମ୍ବର _____ ସମ୍ପର୍କିତ ଅଟେ, ଯାହା ଉପରେ ଏକ ସର୍ତ୍ତମୂଳକ ହସ୍ତାନ୍ତରଣ _____(ସମର୍ପଣଗ୍ରାହୀ)ଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ପୂର୍ବରୁ ରେକର୍ଡ କରାଯାଇଥିଲା ।

ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ସର୍ତ୍ତମୂଳକ ହସ୍ତାନ୍ତରଣ ଆବାହନ କରିବା ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ କରିଥାଉ ଏବଂ ଏଡ଼୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରିଥାଉ ଯେ (ସମର୍ପଣଗ୍ରାହୀ/ସମର୍ପଣକାରୀ) _____ ଶୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/କୁମାରୀ _____ ଏଡ଼୍ୱାରା ଦେୟଯୋଗ୍ୟ ସମସ୍ତ ପଲିସି ସୁବିଧା ଯାହାକି ଦେବାର ଅଛି କିମ୍ବା ଉପରେ ଉଲ୍ଲିଖିତ ହସ୍ତାନ୍ତରିତ ପଲିସି ବିପକ୍ଷରେ ଦିଆଯିବାର ଅଛି ତାହା ଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ପ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ସେହିଭଳି ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କମ୍ପାନୀକୁ ବୈଧ ଏବଂ ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ନିଃସରଣ ହେବ ।

Signature of Assignor
ହସ୍ତାନ୍ତରକାରୀଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

Signature of Assignee
ଗ୍ରହୀତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ
(Company/bank stamp and signature of authorized Signatory if Assignee is a Company/bank)
(ଯଦି ଗ୍ରହୀତା ଗୋଟିଏ କମ୍ପାନୀ/ବ୍ୟାଙ୍କ ହୋଇଥାଏ କମ୍ପାନୀ/ବ୍ୟାଙ୍କ ସ୍ତମ୍ପ ଏବଂ ପ୍ରାଧିକୃତ ହସ୍ତାନ୍ତରକାରୀଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ)

Name/ ନାମ:
Date/ ତାରିଖ:
Address/ ଠିକଣା:
Contact Number/ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର:

Name/ ନାମ:
Date/ ତାରିଖ:
Address/ ଠିକଣା:
Contact Number/ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର:

DECLARATION

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.

ଘୋଷଣା

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ପ୍ରକାଶ କରୁଛି ଯେ ଏଠାରେ ଉପରେ _____ କି ଦ୍ୱାରା ଯାହା ପ୍ରକାଶ କରାଯାଇଛି ତାହା ମୋର ସର୍ବୋତ୍ତମ ଜ୍ଞାନ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସତ୍ୟ ଅଟେ ଏବଂ ଏଠାରେ ଉପରେ ଉଲ୍ଲିଖିତ ତାରିଖ ଓ ସ୍ଥାନରେ ସଂଲଗ୍ନ ହୋଇଥିବା ଦସ୍ତଖତ/ଚିପ ଚିହ୍ନ ହସ୍ତାକ୍ଷରକାରୀ ଏବଂ ସମର୍ପଣଗ୍ରାହୀଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ଅଟେ ।

Signature of Witness/ ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

Full name of Witness/ ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ:

Date/ ତାରିଖ:

Address/ ଠିକଣା:

Contact Number/ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର:

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. _____

ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା, ଯଦି ଏହି ଫର୍ମ ମାତୃଭାଷା/ଚିପଚିହ୍ନରେ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥାଏ ତେବେ:

ମୁଁ _____ ପୁଅ / ଝିଅ, _____ ଜଣେ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ ବ୍ୟକ୍ତି ଭାବେ ଏଠାରେ ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମର ଧାରଣା କରିଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁଗୁଡ଼ିକ ମୋତେ _____ ଭାଷାରେ ବିସ୍ତୃତଭାବରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ମୁଁ ବୁଝିଛି ।

(ଗ୍ରାହକଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ) _____ ତାରିଖ _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. _____

Instruction & Disclaimer:/ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଏବଂ ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
ଦୟାକରି କେବଳ ହିନ୍ଦୀ/ଇଂରାଜୀରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିବାରେ କୌଣସି ଅସମ୍ମତ ଘଟଣାରେ, ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ବଳବତ୍ତର ରହିବ ।

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