

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

শর্তসাপেক্ষ স্বত্বনিয়োগের ক্ষেত্রে সুবিধা ধনরাশি পেমেন্ট হবার জন্য
নো অবজেকশন সংশাপত্র লাগবে

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

কানাড়া এইচএসবিসি লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (কোম্পানি) দ্বারা _____ কে (পলিসিধারক) পলিসি নং _____ সহ ইস্যু করা পলিসিটির সম্পর্কে _____ (নিযোজিত ব্যক্তি) আগেকার নথি অনুযায়ী শর্তসাপেক্ষ স্বত্বনিযুক্ত ছিলেন।

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.

আমাদের পক্ষ থেকে কোম্পানির কাছে শর্তসাপেক্ষ নিয়োগ প্রত্যাহার সাপেক্ষে এতদ্বারা শ্রী/শ্রীমতী/সুশ্রী _____ দ্বারা ইতোমধ্যে বকেয়া হওয়া উপরে উল্লেখিত পলিসি সংক্রান্ত যাবতীয় সুবিধা গ্রহণের জন্য অনুমোদন দানের অনুরোধ জানানো হচ্ছে এবং এই জাতীয় পেমেন্ট কোম্পানির পক্ষে বৈধ ও যথাযথ সম্পাদন হিসাবে গণ্য হবে।

Signature of Assignor

নিয়োগকারীর স্বাক্ষর

Signature of Assignee

নিযোজিত ব্যক্তির স্বাক্ষর

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

(কোম্পানি/ব্যাঙ্ক নিযোজিত হলে কোম্পানি/ব্যাঙ্কের সিলমোহর এবং অনুমোদিত স্বাক্ষরকারীর স্বাক্ষর)

Name:/নাম:

Name:/নাম:

Date:/তারিখ:

Date:/তারিখ:

Address:/ঠিকানা:

Address:/ঠিকানা:

Contact Number: /যোগাযোগের নম্বর:

Contact Number:/যোগাযোগের নম্বর:

DECLARATION / ঘোষণা

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.

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লেখিত _____ যাবতীয় বিবৃতি আমার শ্রেষ্ঠ জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং এখানে নিয়োগকারী ও নিয়োজিত উভয়েই প্রদত্ত তারিখ ও স্থান অনুযায়ী স্বাক্ষর দান করেছেন।

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 :

এই ফর্মে নিবন্ধ ঘোষণা মাতৃভাষায় স্বাক্ষরিত/বৃদ্ধাস্থুষ্ঠের 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 Bengali/English only.
- অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র বাংলা/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

✉ E-mail us at customerservice@canarahsbclife.in

✉ SMS at 09779030003

👉 Visit our website at www.canarahsbclife.com