

**Personal Statement of Good Health for Revival/Reinstatement of Lapsed Policy**  
**বিলম্বিত নীতি পুনরুদ্ধার/পুনঃস্থাপনের জন্য সুস্থাস্থ্যের ব্যক্তিগত বিবৃতি**

**(To be filled by Life Assured only)**  
**(শুধুমাত্র বিমাকৃত ব্যক্তি পূরণ করবেন)**

Policy Number: \_\_\_\_\_ Name of Life assured: \_\_\_\_\_  
পলিসি নম্বর: \_\_\_\_\_ বিমাকৃত ব্যক্তির নাম: \_\_\_\_\_

Nationality:  Indian  NRI  Other. Country of residence in case of NRI or Other: \_\_\_\_\_  
জাতীয়তা: ভারতীয় NRI অন্য। NRI হলে বা অন্য ক্ষেত্রে বসবাসের দেশ: \_\_\_\_\_

Annual income: \_\_\_\_\_  
বার্ষিক আয়: \_\_\_\_\_

**Please provide the following information:**  
**নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:**

- |   | Yes<br>হ্যাঁ             | No<br>না                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____<br>cms এ উচ্চতা: _____ Kgs-তে ওজন: _____<br>Has your weight increased/decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason.<br>গত 12 মাসে আপনার ওজন কি 5 kg'র চেয়ে বেশি বেড়েছে/কমেছে? 'হ্যাঁ' হলে অনুগ্রহ করে কারণ জানান.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy?<br>আপনি কি এই পলিসির প্রস্তাবের তারিখ থেকে আপনার পেশা পরিবর্তন করেছেন?<br>If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous)<br>হ্যাঁ হলে, পেশা এবং কাজের প্রকৃতি সম্পর্কে সম্পূর্ণ বিবরণ দিন। (কাজের প্রকৃতি বিপজ্জনক হলে অনুগ্রহ করে পেশার প্রশ্নোত্তর দিন)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you have any other proposal for, or reinstatement of life insurance pending with any insurer or Have you taken insurance cover or revived any lapsed policy since the lapsation of current policy?<br>আপনার কাছে কোনো বিমাদাতার সাথে বিচারাধীন জীবন বিমা পুনরুদ্ধার বা পুনর্বহাল করার অন্য কোন প্রস্তাব রয়েছে কি অথবা বর্তমান পলিসি ল্যাপসড হওয়ার সময় থেকে আপনি কি কোনো বিমা কভার নিয়েছেন বা কোনো ল্যাপসড পলিসি পুনরুদ্ধার করেছেন?<br>If Yes, give details of name of company, sum assured and current status.<br>হ্যাঁ হলে, কোম্পানি, বিমাকৃত ব্যক্তির নাম এবং বর্তমান স্থিতির বিবরণ দিন   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Has any of your proposal for insurance or reinstatement of life/Health/Critical illness/Personal accident insurance has been declined, postponed, modified or rated by any insurance company or have you ever made any claim under any such policy of insurance with Shriram Life Insurance Company Limited or any other insurer?<br>আপনার জীবন বিমা পুনরুদ্ধারের পুনর্বহালের কোনো প্রস্তাব/স্বাস্থ্য/গুরুতর অসুখ/ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বিমা কি কোম্পানির দ্বারা প্রত্যাখ্যান, স্থগিত, পরিবর্তিত করা বা রেট দেওয়া হয়েছে অথবা শ্রীরাম লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড বা অন্য কোন বিমাদাতার সাথে আপনি কি এই জাতীয় কোনো পলিসির দাবি করেছেন? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Are you receiving any treatment/medication or in the past received any treatment or undergone surgery/hospitalized for any medical condition/disability or deformity?<br>আপনি কি কোনো অসুখের জন্য/অক্ষমতা বা বিকৃতির জন্য চিকিৎসা/ওষুধ গ্রহণ করছেন বা আগে কোন শল্য চিকিৎসা করিয়েছেন/হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Has your health changed since the date of signing the proposal form for this policy? If yes, please provide details.<br>এই পলিসির প্রস্তাব ফর্মে স্বাক্ষরের তারিখ থেকে আপনার স্বাস্থ্য কি বদলেছে? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever sought advice or suffered from any of the following?<br>আপনি কি কখনও নিম্নলিখিত বিষয়ে পরামর্শ চেয়েছেন বা ভুগেছেন?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ailments related to Heart/circulatory system/chest pain/diabetes/Cancer, tumour, cyst or any abnormal growth/kidney, ureter, bladder or prostate/eye, ear, nose or throat.<br>হৃৎপিণ্ড/সংবহনতন্ত্র/বুক ব্যথা/মধুমেহ/ক্যান্সার, টিউমার, সিস্ট বা কোনো অস্বাভাবিক বৃদ্ধি/বৃক্ষ, মূত্রাশয় বা প্রোস্টেট/চোখ, কান, নাক বা গলা সংক্রান্ত অসুস্থতা   |                          |                          |
| ii. High or low Blood Pressure or High Cholesterol/respiratory or breathing disorders/tuberculosis/neurological disorders like fits, fainting, epilepsy, stroke, paralysis/liver or digestive system related disorders/anaemia or blood disorders/thyroid or endocrine disorder/neurological or psychological disorders like depression or anxiety/spine or joint or muscles disorders.   |                          |                          |

উচ্চ বা নিম্ন রক্তচাপ বা উচ্চ কোলেস্টেরল/স্বাসযন্ত্রের বা নিঃশ্বাসের ব্যাধি/যক্ষ্মা/স্নায়বিক ব্যাধি যেমন থিঁচুনি, মূর্ছা যাওয়া, মৃগী, স্ট্রোক, পক্ষাঘাত/যক্ষ্ম বা পাচনতন্ত্র সংক্রান্ত ব্যাধি/রক্তাল্পতা বা রক্তের ব্যাধি/থাইরয়েড বা এন্ডোক্রিন ব্যাধি/স্নায়বিক বা মানসিক ব্যাধি যেমন অবসাদ বা উদ্বেগ/মেরুদণ্ড বা অস্থিসন্ধি বা পেশীর ব্যাধি

iii. Congenital or genetic disorder/physical deformity.

যে কোনো জন্মগত বা জিনগত ব্যাধি/শারীরিক বিকৃতি

iv. Any other health ailments not mentioned above.

উপরে উল্লেখ নেই অন্য কোনো স্বাস্থ্যজনিত অসুস্থতা

8. Since the date of signing the proposal form for this policy, has there been any change in health status or have you undergone, Hospitalization, Operation/Surgery, Pathological examinations like blood test, X- ray, ECG, TMT, Angiography etc. Consulted a Doctor/Specialist?

এই পলিসির প্রস্তাব ফর্মে স্বাক্ষর করার তারিখ থেকে, আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থার কোনো পরিবর্তন হয়েছে বা আপনার কিছু হয়েছে কি, হাসপাতালে ভর্তি, অপারেশন/শল্য চিকিৎসা, রক্ত পরীক্ষা, X-রে, ECG, TMT'র মত প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষা, অ্যান্জিওগ্রাফি ইত্যাদি. কোন ডাক্তারের/বিশেষজ্ঞের পরামর্শ নিয়েছেন?

9. Were you or your spouse ever tested positive for Hepatitis B or C, HIV, AIDS or any other Sexually transmitted disease?

আপনার বা আপনার জীবনসঙ্গীর কি কখনও কোনো পরীক্ষায় হেপাটাইটিস B বা C, HIV, AIDS বা অন্য কোনো যৌন রোগ ধরা পড়েছে?

10. Have you travelled or intend to travel out of India for any purpose other than vacation? If yes, please provide travel questionnaire.

আপনি কি ছুটি কাটানো ছাড়া অন্য কোনো উদ্দেশ্যে ভারতের বাইরে ভ্রমণে গেছেন বা যাওয়ার ইচ্ছা রাখেন? হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে ভ্রমণের প্রশ্নোত্তর দিন.

11. Do you smoke or consume alcohol/tobacco/drugs/narcotics? If 'Yes' please provide the quantity & duration since it is consumed.

আপনি কি অ্যালকোহল/তামাক/ড্রাগ/মাদক সেবন করেন? 'হ্যাঁ' হলে অনুগ্রহ করে ব্যবহারের পরে পরিমাণ ও সময়কাল দিন.

#### For Female Life Assured Only:

#### শুধুমাত্র বিমাকৃত মহিলার জন্য:

i. Are you pregnant? If 'Yes' please mention how many weeks:

আপনি কি গর্ভবতী? 'হ্যাঁ' হলে অনুগ্রহ করে কত সপ্তাহের উল্লেখ করুন:

ii. Are you suffering from any pregnancy related complications :- Any history of miscarriage, abortion or complications in previous pregnancy?

আপনি কি কোনো গর্ভাবস্থা সংক্রান্ত জটিলতায় ভুগছেন:- আগের গর্ভাবস্থায় ক্ষেত্রে কোনো গর্ভপাত হয়েছিল, গর্ভপাত করিয়েছিলেন বা জটিলতা হয়েছিল

iii. Have you ever visited a medical practitioner for any problems of breast/uterus/cervix etc? Have you undergone any of the tests like mammogram, ultrasound, pap smear etc.?

আপনি কি কখনও স্তন/জরায়ু/সার্ভিক্স ইত্যাদির কোনো সমস্যার জন্য কোনো চিকিৎসককে দেখিয়েছেন? আপনি কি ম্যামোগ্রাম, আল্ট্রাসাউন্ড, প্যাপ স্মিয়ার ইত্যাদির মত কোনো পরীক্ষা করিয়েছেন?

#### Please provide the details below if any of above question is answered as "Yes"

উপরে যে কোনও প্রশ্নের উত্তর "হ্যাঁ" হিসাবে দেওয়া থাকলে দয়া করে নীচে বিশদে সর্বব্রাহ করুন.

**Declaration:** I hereby apply for revival of the above-mentioned policy, which under its terms is now lapsed. As a basis for such revival, I hereby declare that each of the above representations and statements made or referred to is true and correct, and that I have fully stated all details of each answer after understanding the same. I understand that in case the company so desires, I may be required to submit further documents/undergo further medical tests, for the revival to be considered. I agree that if any of the statements, answers or declarations made herein are found to be untrue or if any material fact has been found to be suppressed, the Company shall be entitled to cancel the reinstatement of the Policy or repudiate the claim if any, arising out of such reinstatement and such reinstatement shall be treated as null and void and all the monies paid thereof shall stand forfeited to the company. I hereby agree that the company has every right to revive the policy on terms other than the existing terms of the contract or to reject the revival. I hereby agree that, if the Life Assured commits suicide for any reason, while sane or insane, within one year from the date of acceptance of revival of the lapsed policy, the liability of the Company shall be limited to the Surrender Value (or) fund value, if any, that has accrued on the policy. I further agree that any payment made or to be made in connection with this application shall be considered as deposit only and shall not bind the Company until this application is finally approved and communicated by the Company. If this application is not approved, I also agree to accept refund of the above deposit amount made in connection herewith, without interest.

**ঘোষণা:** আমি এতদ্বারা উপরোক্ত পলিসি পুনরুদ্ধারের জন্য আবেদন করলাম, যা শর্তাদি অনুযায়ী এখন ল্যাপসড। এই জাতীয় পুনরুদ্ধারের ভিত্তি হিসাবে, আমি এতদ্বারা ঘোষণা করলাম যে উপরোক্ত দেওয়া বা উল্লেখিত উপস্থাপনা এবং বিবৃতির প্রতিটি সত্য ও সঠিক এবং আমি প্রতিটি উত্তরের

সমস্ত বিবরণ সম্পূর্ণরূপে বোঝার পরেই দিয়েছি। আমি বুঝি যে কোম্পানি চাইলে পুনরুদ্ধারের বিষয়ে বিবেচনার জন্য আমাকে আরও নথিপত্র জমা দিতে/আরও চিকিৎসাগত পরীক্ষা করাতে হতে পারে। আমি সম্মত হলাম যে এখানে বর্ণিত বক্তব্য, জবাব বা ঘোষণার মধ্যে যদি কোনো কিছু মিথ্যা বলে প্রমাণিত হয় অথবা কোনো বস্তুগত সত্যকে দেখা যায় লুকানো হয়েছিল, তবে এই কোম্পানি পলিসির পুনরুদ্ধার বাতিল করার বা এবং এই পুনর্বহালের ক্ষেত্রে কোনো দাবি থাকলে তা বাতিল এবং অকার্যকর হিসাবে বিবেচিত হয়ে খারিজ করার অধিকারী হবে এবং তার প্রদত্ত সমস্ত অর্থ কোম্পানির কাছে বাজেয়াপ্ত হবে। আমি এতদ্বারা সম্মত হলাম যে চুক্তির বিদ্যমান শর্তাবলী ব্যতীত অন্য শর্তাদিতে পলিসি পুনরুদ্ধার করার বা পুনরুদ্ধার প্রত্যাখ্যান করার অধিকার কোম্পানির রয়েছে। আমি এতদ্বারা সম্মত হলাম যে ল্যান্ড পলিসির পুনরুদ্ধার গ্রহণের তারিখ থেকে এক বছরের মধ্যে বিমাকৃত ব্যক্তি কোনো কারণে আত্মহত্যা করলে, সপ্তানে বা উন্মাদ অবস্থায় যাইহোক, কোম্পানির দায়বদ্ধতা পলিসিতে জমা হওয়া সারেন্ডার ভ্যালু (বা) ফান্ড ভ্যালুর মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকবে, যদি থাকে। আমি আরও সম্মত হলাম যে এই আবেদনের সাপেক্ষে কোনো অর্থপ্রদান করলে বা করবার হলে তা শুধুমাত্র ডিপোজিট হিসাবে বিবেচিত হবে এবং এই আবেদন কোম্পানি কর্তৃক চূড়ান্ত অনুমোদন পাওয়া এবং তা না জানানো পর্যন্ত কোম্পানি দায়বদ্ধ হবে না। এই আবেদন নামঞ্জুর হলে, আমি বিনা সুদে এই সংক্রান্ত উপরের আমানতের রাশি ফেরত নিতে সম্মত হলাম।

Signature of Life assured\*: \_\_\_\_\_

বিমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর\*:

(\*To be signed by Policy holder, if life assured is Minor)

(\*পলিসি হোল্ডার সই করবেন, যদি বিমাকৃত ব্যক্তি নাবালক হয়)

Signature of proposer if different from life assured: \_\_\_\_\_ Place and Date: \_\_\_\_\_

আম্বাসিত জীবন থেকে পৃথক হলে প্রস্তাবকারীর স্বাক্ষর:

স্থান ও তারিখ: