

Personal Statement of Good Health for Revival/Reinstatement of Lapsed Policy

વિતેલી પોલિસી ના પુનરુત્થાન / પુનઃસ્થાપન માટે સારા સ્વાસ્થ્ય નુ વ્યક્તિગત નિવેદન

(To be filled by Life Assured only)
(ફક્ત વાઇફ એશ્યોર્ડ દ્વારા ભરવાનું)

Policy Number: _____ Name of Life assured: _____
પોલિસી નંબર: _____ વાઇફ અશ્યોર્ડ નું નામ: _____

Nationality: Indian NRI Other. Country of residence in case of NRI or Other: _____
રાષ્ટ્રીયતા: ભારતીય NRI અન્ય. NRI અથવા અન્ય કિસ્સામાં નિવાસસ્થાનનો દેશ: _____

Annual income: _____
વાર્ષિક આવક: _____

Please provide the following information:
કૃપા કરીને નીચેની માહિતી પ્રદાન કરો:

- | | Yes
હા | No
ના |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____
સેમી માં ઊંચાઈ: _____ કિગ્રા માં વજન: _____
Has your weight increased/decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason.
શું તમારું વજન છેલ્લા 12 મહિનામાં 5 કિલોથી વધુ વધ્યું / ઘટ્યું છે? જો 'હા' તો કૃપા કરી, કારણ જણાવો. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy?
શું તમે આ પોલિસી માટેની દરખાસ્તની તારીખથી તમારો વ્યવસાય બદલ્યો છે?
If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous)
જો હા, તો વ્યવસાય અને ફરજોની પ્રકૃતિ પર સંપૂર્ણ વિગતો પ્રદાન કરો. (જો કામની પ્રકૃતિ જોખમી હોય તો કૃપા કરીને વ્યવસાય પ્રશ્નાવલિ પ્રદાન કરો) | <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?
શું તમારો પાસે બીજા કોઈ વાઇફ એશ્યોર્ડ માટે બાકી વીમા માટેની કોઈ અન્ય દરખાસ્ત છે, અથવા પુનઃસ્થાપન છે અથવા તમે વર્તમાન પોલિસીના પતી ગયા પછી વીમા કવર લીધેલ છે અથવા કોઈ વિલંબિત પોલિસીનું પુનઃસ્થાપન કર્યું છે?
If Yes, give details of name of company, sum assured and current status.
જો હા, તો કંપનીનું નામ, વીમા રકમ અને વર્તમાન સ્થિતિની વિગતો આપો | <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?
જીવન/આરોગ્ય/જટિલ બીમારી/વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમાને કોઈ વીમા કંપની દ્વારા નકારી, મુલતવી, સુધારવામાં અથવા રેટ કરવામાં આવી છે અથવા તમે ક્યારેય શ્રીરામ જીવન વીમા સાથે વીમાની આવી કોઈ કંપની લિમિટેડ કે અન્ય કોઈ વીમાદાતા પોલિસી હેઠળ કોઈ દાવો કર્યો છે? | <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?
શું તમે કોઈ સારવાર/દવા પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં છો અથવા ભૂતકાળમાં કોઈ તબીબી સ્થિતિ/વિકલાંગતા અથવા વિકલાંગતા માટે કોઈ સારવાર મળી છે અથવા સર્જરી કરાવી/હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા છો? | <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.
શું આ પોલિસી માટેના પ્રસ્તાવ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરવાની તારીખથી તમારું આરોગ્ય બદલાઈ ગયું છે? જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever sought advice or suffered from any of the following?
શું તમે કોઈ દર્દ માટે ક્યારેય નીચેનામાંથી કોઈ સલાહ માગી છે કે છે?
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.
હાર્ટ/રુધિરાભિસરણ તંત્ર/છાતીમાં દુખાવો/ડાયાબિટીઝ/કન્સર, ગાંઠ, ફોલ્કો અથવા કોઈપણ અસામાન્ય વૃદ્ધિ/કિડની, મૂત્રનળી, મૂત્રાશય અથવા પ્રોસ્ટેટ/આંખ, કાન, નાક અથવા ગળાને લગતી બિમારીઓ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

હાઈ અથવા લો બ્લડ પ્રેશર અથવા હાઈ કોલેસ્ટરોલ/શ્વાસન અથવા શ્વાસની વિકૃતિઓ/ક્ષય રોગ/ન્યુરોલોજીકલ ડિસઓર્ડર જેવા કે ફિટ, મૂર્છા, વાઈ, સ્ટ્રોક, લકવો/ચક્રત અથવા પાચક સિસ્ટમ સંબંધિત વિકારો/એનિમિયા અથવા લોહીના વિકાર/થાઇરોઇડ અથવા અંતઃસ્ત્રાવી વિકાર/ન્યુરોલોજીકલ અથવા માનસિક વિકાર ઉદાસીનતા અથવા અસ્વસ્થતા/કરોડરજી અથવા સંયુક્ત અથવા સ્નાયુઓ વિકાર.

iii. Congenital or genetic disorder/physical deformity.
કોઈપણ જન્મજાત અથવા આનુવંશિક વિકાર/શારીરિક ખોડ જેવા.

iv. Any other health ailments not mentioned above.
ઉપર જણાવેલ અન્ય કોઈપણ આરોગ્ય બિમારીઓ.

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?

આ પોલિસી માટેના પ્રસ્તાવ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરવાની તારીખથી, તમારી આરોગ્યની સ્થિતિમાં કોઈ ફેરફાર થયો છે અથવા તમે પસાર થયા છો, હોસ્પિટલમાં દાખલ, ઓપરેશન/સર્જરી, રક્ત પરીક્ષણ, X-રે, ECG, TMT, જેવી પેથોલોજીકલ પરીક્ષાઓ, એન્જીયોગ્રાફી વગેરે. ડોક્ટર/નિષ્ણાતની સલાહ લીધી?

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

શું તમે અથવા તમારા જીવનસાથીએ ક્યારેય હેપેટાઇટિસ બી અથવા સી, HIV, AIDS અથવા અન્ય કોઈ જાતીય રોગ માટે સકારાત્મક પરીક્ષણ કરાવ્યું હતું?

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

શું તમે વેકેશન સિવાય અન્ય કોઈ હેતુ માટે ભારતની મુસાફરી કરવાનો અથવા પ્રવાસ કરવાનો ઇરાદો રાખ્યો છે? જો હા, તો કૃપા કરીને મુસાફરી પ્રશ્નાવલી પ્રદાન કરો.

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

શું તમે ધૂમ્રપાન કરો છો અથવા દારૂ/તમાકુ/ડ્રગ્સ/માદક પદાર્થોનું સેવન કરો છો? જો 'હા' તો તમે જ્યાર થી તેનું સેવન કરો છો મહેરબાની કરીને તેનું પ્રમાણ અને અવધિ પ્રદાન કરો.

For Female Life Assured Only:

માત્ર મહિલા વાઈફ અશ્યોર્ડ માટે:

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

તમે ગર્ભવતી છો? જો 'હા' તો કૃપા કરીને કેટલા અઠવાડિયાનો ગર્ભ છે તેનો ઉલ્લેખ કરો:

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

શું તમે ગર્ભાવસ્થાને લગતી કોઈપણ મુશ્કેલીઓથી પીડિત છો: - કસુવાવડ, ગર્ભપાત અથવા ગત ગર્ભાવસ્થામાં કોઈ મુશ્કેલીઓનો ઇતિહાસ?

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.?

શું તમે ક્યારેય સ્તન/ગર્ભાશય/સર્વિક્સ વગેરે સમસ્યાઓ માટે કોઈ તબીબી વ્યવસાયીની મુલાકાત લીધી છે? શું તમે મેમોગ્રામ, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, પેપ સ્મીયર વગેરે જેવા કોઈપણ પરીક્ષણોમાંથી પસાર થયા છો?

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

કૃપા કરી નીચે આપેલ વિગતો પૂરી પાડો જો ઉપરના કોઈપણ પ્રશ્નના જવાબ "હા" તરીકે આપવામાં આવે તો

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.

જાહેરાત: હું ઉપરોક્ત પોલિસી ના પુનરુત્થાન માટે અહીં અરજી કરું છું, જે તેની શરતો હેઠળ હવે વીતી ગઈ છે. આવા પુનરુત્થાનના આધારે, હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે ઉપર જણાવેલ દરેક રજૂઆતો અને નિવેદનો જેનો સંદર્ભ આપ્યો છે અથવા ઉલ્લેખ કર્યો છે તે સારું અને સાચી છે અને તે જ સમજ્યા પછી મેં દરેક જવાબોની બધી વિગતો સંપૂર્ણ રીતે જણાવી છે. હું સમજું છું કે કંપની ઇચ્છે છે તે કિસ્સામાં, પુનર્જીવનને ધ્યાનમાં લેવા માટે, મારે વધુ દસ્તાવેજો સબમિટ કરવાની/વધુ તબીબી પરિક્ષણો કરાવવાની જરૂર પડી શકે છે. હું સંમત છું કે જો અહીં આપવામાં આવેલાં કોઈપણ નિવેદનો, જવાબો અથવા ઘોષણાઓ અસત્ય હોવાનું જણાયું છે અથવા જો કોઈ ભૌતિક હકીકત દબાવવામાં આવી હોવાનું માલુમ પડ્યું છે, તો કંપની પોલિસી ની પુનઃસ્થાપન રદ કરવાની અથવા દાવાની રદ કરવાની જોગવાઈ કરશે, આવી પુનઃસ્થાપનાથી ઉદ્ભવતા અને આવી પુનઃસ્થાપનાને રદબાતલ ગણવામાં આવશે અને તેના દ્વારા ચૂકવવામાં આવેલી બધી રકમ કંપનીને જમ કરવામાં આવશે. હું અહીં સંમત છું કે કરારની હાલની શરતો સિવાયની શરતો પર પોલિસી ને પુનર્જીવિત કરવાનો અથવા પુનરુત્થાનને નકારી કાઢવાનો કંપની પાસે તમામ અધિકાર છે. હું અહીં આ સાથે સંમત છું કે, જો વીતી ગયેલી પોલિસી ના પુનર્જીવનની સ્વીકૃતિની તારીખથી એક વર્ષની અંદર વાઈફ અશયોર્ડ કોઈપણ કારણોસર આત્મહત્યા કરે છે, કે માનસિક રીતે અસ્થિર અથવા પાગલ થઈ જાય છે, તો તે કંપનીની જવાબદારી સમર્પિત મૂલ્ય (અથવા) સુધી મર્યાદિત રહેશે. નિધિ મૂલ્ય, જો કોઈ હોય તો, તે પોલિસી માં જણાવાયું હોય તો. હું આગળ પણ સંમત છું કે આ એપ્લિકેશનના સંદર્ભમાં કરવામાં આવેલી કોઈપણ ચુકવણી ફક્ત થાપણ તરીકે ગણવામાં આવશે અને જ્યાં સુધી આ એપ્લિકેશન આખરે કંપની દ્વારા માન્ય અને સંદેશિત કરવામાં નહીં આવે ત્યાં સુધી તે કંપનીને બાંધી શકશે નહીં. જો આ એપ્લિકેશન મંજૂર નથી, તો હું ઉપરોક્ત ડિપોઝિટની રકમ પણ અહીંથી, વ્યાજ વિના સ્વીકારવા માટે સંમત છું.

Signature of Life assured*: _____
વાઈફ અશયોર્ડ ની સહી*:

(*To be signed by Policy holder, if life assured is Minor)
(*પોલિસી ધારક દ્વારા હસ્તાક્ષર કરવા માટે, જો વાઈફ અશયોર્ડ સગીર હોય તો)

Signature of proposer if different from life assured: _____ Place and Date: _____
જો જીવન વીમાથી અલગ હોય તો પ્રસ્તાવનારની સહી: _____ સ્થળ અને તારીખ: