

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

पुनर्वित्त नीति के पुनरुद्धार/पुनर्स्थापन के लिए अच्छे स्वास्थ्य के व्यक्तिगत कथन

(To be filled by Life Assured only)

(केवल जीवन बीमित द्वारा भरा जाए)

Policy Number: _____ Name of Life assured: _____

पॉलिसी संख्या: _____ जीवन बीमित का नाम: _____

Nationality: Indian NRI Other. Country of residence in case of NRI or Other: _____

राष्ट्रीयता: भारतीय एनआरआई अन्य। एनआरआई या अन्य के मामले में निवास का देश: _____

Annual income: _____

वार्षिक आय: _____

Please provide the following information:

कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

- | | Yes
हाँ | No
नहीं |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____
लम्बाई सेंटीमीटर में: _____ वज़न किलोग्राम में: _____
Has your weight increased/decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason.
क्या पिछले 12 महीनों के दौरान आपका वज़न 5 किलोग्राम से अधिक बढ़ा/घटा है? यदि 'हाँ' तो कृपया कारण बताएं। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy?
क्या आपने इस पॉलिसी के प्रस्ताव की तारीख के बाद अपने व्यवसाय में परिवर्तन किया है?
If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous)
यदि हाँ, तो व्यवसाय और कर्तव्यों की प्रकृति के बारे में पूरी जानकारी दें। (यदि कार्य खतरनाक प्रकृति वाला है तो कृपया व्यवसाय संबंधी प्रश्नावली भरें) | <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?
क्या वर्तमान पॉलिसी कालातीत हो जाने के बाद से किसी बीमाकर्ता के पास जीवन बीमा के लिए आपका कोई अन्य प्रस्ताव लंबित है या पुनर्जीवित करने के लिए लंबित है या क्या आपने बीमा रक्षण लिया है या कोई कालातीत पॉलिसी पुनर्जीवित कराई है?
If Yes, give details of name of company, sum assured and current status.
यदि हाँ, तो कंपनी का नाम, बीमांकित राशि और वर्तमान स्थिति का विवरण दें। | <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?
क्या जीवन/स्वास्थ्य/गंभीर बीमारी/व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के लिए आपके किसी बीमा प्रस्ताव या पुनर्जीवित करने के लिए प्रस्ताव को किसी बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकृत, स्थगित, संशोधित, या रेटेड किया गया है या क्या आपने कभी श्रीराम लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या किसी अन्य बीमाकर्ता से ऐसी किसी बीमा पॉलिसी के अंतर्गत कभी कोई दावा किया है? | <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?
क्या आप कोई उपचार/दवा प्राप्त कर रहे हैं या पहले कोई उपचार प्राप्त किया है या किसी चिकित्सकीय दशा/विकलांगता या विकृति के लिए सर्जरी कराई है/अस्पताल में भर्ती हुए हैं? | <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.
क्या इस पॉलिसी के लिए प्रस्ताव फार्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख के बाद आपके स्वास्थ्य में कोई परिवर्तन हुआ है? अगर हाँ, तो कृपया विवरण दें। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever sought advice or suffered from any of the following?
क्या आपने कभी निम्न किसी समस्या में परामर्श लिया या इससे ग्रस्त हुए हैं? | <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.
हृदय/परिसंचारी तंत्र से संबंधित विकार/सीने में दर्द/मधुमेह/कैंसर, ट्यूमर, सिस्ट या अन्य कोई असामान्य वृद्धि/गुर्दे, मूत्रवाहिनी, मूत्राशय या प्रोस्टेट/आंख, कान, नाक या गले से संबंधित रोग।
- 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.
उच्च या निम्न रक्तचाप या उच्च कोलेस्ट्रॉल/श्वसन या श्वास विकार/तपेदिक/न्यूरोलॉजिकल विकार जैसे कि दौरे पड़ना, बेहोशी, मिर्गी, स्ट्रोक, पक्षाघात/जिगर या पाचन तंत्र संबंधी विकार/एनीमिया या रक्त विकार/थायरॉइड या अंतःस्रावी विकार/न्यूरोलॉजिकल या मनोवैज्ञानिक विकार जैसे कि अवसाद या दुश्चिंता/रीढ़ या जोड़ों या मांसपेशियों के विकार।
- iii. Congenital or genetic disorder/physical deformity.
जन्मजात या आनुवंशिक विकार/शारीरिक विकृति।
- iv. Any other health ailments not mentioned above.
कोई अन्य स्वास्थ्य विकार, जिसका ऊपर उल्लेख नहीं किया गया है।

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?

इस पॉलिसी के लिए प्रस्ताव फार्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख के बाद से, क्या आपकी स्वास्थ्य स्थिति में कोई परिवर्तन हुआ है या क्या आपके साथ हुई है, अस्पताल में भर्ती होना, ऑपरेशन/सर्जरी, रक्त परीक्षण, एक्स-रे, ECG, TMT आदि पैथोलॉजिकल परीक्षण, एंजियोग्राफी आदि। किसी डॉक्टर/विशेषज्ञ से परामर्श लिया?

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

क्या आप या आपके जीवनसाथी को कभी हेपेटाइटिस B या C, HIV, AIDS या किसी अन्य यौन संचारित रोग की जांच में पॉजिटिव पाया गया है?

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

क्या आपने छुट्टी मनाने के अतिरिक्त किसी अन्य उद्देश्य से भारत से बाहर यात्रा की है, या करने का इरादा किया है? यदि हाँ, तो कृपया यात्रा प्रश्नावली भरें।

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

क्या आप धूम्रपान या शराब/तंबाकू/ड्रग्स/नशीले पदार्थों का सेवन या उपभोग करते हैं? यदि 'हाँ' तो कृपया मात्रा और अवधि बताएं जब से इसे उपयोग किया जा रहा है।

For Female Life Assured Only:

केवल महिला जीवन बीमित के लिए:

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

क्या आप गर्भवती हैं? यदि 'हाँ', तो कृपया कितने सप्ताह से हैं, इसका उल्लेख करें:

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

क्या आप गर्भावस्था संबंधी किसी जटिलता से पीड़ित हैं:- पिछली गर्भावस्था में गर्भपात हो जाने, गर्भपात कराने, या जटिलताओं का कोई इतिहास?

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.?

क्या आपने स्तन/गर्भाशय/गर्भाशय ग्रीवा आदि की समस्याओं के लिए कभी किसी चिकित्सक को दिखाया है? क्या आपने मैमोग्राम, अल्ट्रासाउंड, पैप स्मीयर आदि जैसे कोई परीक्षण कराए हैं?

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

यदि उपरोक्त प्रश्न में से किसी का उत्तर "हाँ" के रूप में दिया गया है, तो कृपया नीचे विवरण प्रदान करें।

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.

घोषणा: मैं एतद्वारा उक्त पॉलिसी फिर से चालू कराने हेतु आवेदन करता/करती हूँ, जो कि इसकी शर्तों के अधीन वर्तमान में कालातीत हो गई है। इस पुनर्जीवित किए जाने के लिए एक आधार के रूप में, मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि उक्त प्रस्तुतिकरण और उनमें किए गए या संदर्भित समस्त अभिकथन पूर्णतया सत्य व सही है और यह कि मैंने उसे समझने के बाद ही प्रत्येक उत्तर के सभी विवरण पूरी तरह प्रदान किए हैं। मैं इसे समझता/समझती हूँ कि कंपनी द्वारा अपेक्षित किए जाने पर पॉलिसी के पुनर्जीवन पर विचार करने हेतु मुझे कुछ और दस्तावेज प्रस्तुत करने हो सकते हैं और आगामी चिकित्सकीय परीक्षण कराने हो सकते हैं। मैं सहमत हूँ कि कोई अभिकथन, उत्तर या की गई घोषणाएं असत्य पाई जाएं या यदि कोई यथार्थ तथ्य दबाया जाना पाया जाए तो कंपनी को पॉलिसी पुनर्जीवित करना निरस्त करने या ऐसे पुनर्जीवन के कारण उत्पन्न किसी दावे की स्थिति में उसे रद्द करने और ऐसे पुनर्जीवन को शून्य और रद्द मानने और तब तक चुकता समस्त धनराशियों को जब्त कर लेने का पूर्ण अधिकार प्राप्त होगा। मैं एतद्वारा सहमत हूँ कि कंपनी को अनुबंध की मौजूदा शर्तों के अलावा अन्य शर्तों पर पॉलिसी को पुनर्जीवित करने या पुनर्जीवन को अस्वीकृत करने का पूर्ण अधिकार प्राप्त है। मैं एतद्वारा सहमत हूँ कि, यदि कालातीत पॉलिसी पुनर्जीवित किए जाने की स्वीकृति की तिथि से एक वर्ष के अंदर जीवन बीमित किसी कारण से होशोहवास में या आवेश में आत्महत्या करता है, तो कंपनी का दायित्व समर्पण मूल्य (या) फंड मूल्य यदि कोई हो, तक सीमित होगा, जिसे पॉलिसी पर अर्जित किया गया हो। इसके अलावा मैं सहमत हूँ कि इस आवेदन के संबंध में किए गए या किए जाने वाले किसी भुगतान को केवल जमा के रूप में माना जाएगा और इस आवेदन को कंपनी द्वारा अंतिम रूप से अनुमोदित और सूचित न किए जाने तक यह कंपनी पर बाध्यकारी नहीं होगा। यदि यह आवेदन अनुमोदित नहीं होता है, तो मैं इसके संबंध में जमा उक्त राशि का बिना ब्याज के रिफंड स्वीकार करने हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

Signature of Life assured*: _____

जीवन बीमित के हस्ताक्षर*:

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

(*यदि जीवन बीमित अवयस्क है तो पॉलिसीधारक द्वारा हस्ताक्षरित किया जाए)

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

प्रस्तावक के हस्ताक्षर यदि जीवन से अलग हैं:

स्थान और तारीख: