

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

ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರುಜ್ಜೀವನ/ಮರುಸ್ಥಾಪನೆಗಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹೇಳಿಕೆ

(To be filled by Life Assured only)
(ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಡ್‌ನಿಂದ ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು)

Policy Number: _____ Name of Life assured: _____
ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು:

Nationality: Indian NRI Other. Country of residence in case of NRI or Other: _____
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ: ಭಾರತೀಯರು NRI ಇತರ. NRI ಅಥವಾ ಇತರ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ದೇಶ:

Annual income: _____
ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ:

Please provide the following information:

ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

- | | Yes
ಹೌದು | No
ಇಲ್ಲ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____
ಎತ್ತರ ಸೆಂ.ಮೀ.ಗಳಲ್ಲಿ: ತೂಕ ಕೆಜಿಗಳಲ್ಲಿ:
Has your weight increased/decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason.
ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ತೂಕವು 5 ಕೆಜಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು/ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆಯೇ? 'ಹೌದಾದಲ್ಲಿ' ದಯವಿಟ್ಟು ಕಾರಣ ತಿಳಿಸಿ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy?
ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಸ್ತಾಪದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ನೀವು ಬದಲಾಯಿಸಿದ್ದೀರಾ?
If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous)
ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯದ ಸ್ವರೂಪದ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ. (ಕೆಲಸದ ಸ್ವರೂಪವು ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಉದ್ಯೋಗ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ) | <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?
ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರೊಂದಿಗೆ ಬಾಕಿ ಉಳಿದಿರುವ ಜೀವ ವಿಮೆಗಾಗಿ ನೀವು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಾಲಿಸಿ ಕೈತಪ್ಪಿದ ನಂತರ ನೀವು ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಕೈತಪ್ಪಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನರುಜ್ಜೀವನಗೊಳಿಸಿದ್ದೀರಾ?
If Yes, give details of name of company, sum assured and current status.
ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು, ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ. | <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?
ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಜೀವ/ಆರೋಗ್ಯ/ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆ/ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮೆಯ ಮರುಸ್ಥಾಪನೆಗಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯು ನಿರಾಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಿದೆಯೇ, ಮಾರ್ಪಡಿಸಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ರೇಟ್ ಮಾಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅಥವಾ ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರೊಂದಿಗೆ ಅಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಮೆಯ ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ? | <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?
ನೀವು ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹಿಂದೆ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ/ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ಥಿತಿ/ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಅಥವಾ ವಿರೂಪತೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದೀರಾ? | <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.
ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಬದಲಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Have you ever sought advice or suffered from any of the following?
- ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಸಲಹೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?
- 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.
ಹೃದಯ/ರಕ್ತಪರಿಚಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ/ಎದೆ ನೋವು/ಮಧುಮೇಹ/ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಗೆಡ್ಡೆ, ಸಿಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅಸಹಜ ಬೆಳವಣಿಗೆ/ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಮೂತ್ರನಾಳ, ಬ್ಲಾಡರ್ ಅಥವಾ ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್/ಕಣ್ಣು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಅಥವಾ ಗಂಟಲಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು.
- 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.
ಅಧಿಕ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ಕೊಲೆಸ್ಟ್ರಾಲ್/ಉಸಿರಾಟ ಅಥವಾ ಉಸಿರಾಟದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು/ಕ್ಷಯ/ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಫಿಟ್ಸ್, ಮೂರ್ಛೆ, ಅಪಸ್ಮಾರ, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು/ಪ್ಯಾರಾಲಿಸಿಸ್/ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣಾಂಗ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು/ರಕ್ತಹೀನತೆ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು/ಧೈರಾಯ್ಡ್ ಅಥವಾ ಅಂತಃಸ್ರಾವಕ ಕಾಯಿಲೆ/ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅಥವಾ ಖಿನ್ನತೆ ಅಥವಾ ಆತಂಕದಂತಹ ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು/ಬೆನ್ನು ಅಥವಾ ಕೀಲು ಅಥವಾ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು.
- iii. Congenital or genetic disorder/physical deformity.
ಯಾವುದೇ ಜನ್ಮಜಾತ ಅಥವಾ ಆನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ/ದೈಹಿಕ ವಿರೂಪತೆ.
- iv. Any other health ailments not mentioned above.
ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳು.
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?
- ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ, ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿವೆಯೇ ಅಥವಾ ನೀವು ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವಿಕೆ, ಆಪರೇಷನ್/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಾದ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎಕ್ಸರೇ, ಇಸಿಜಿ, ಟಿಎಂಟಿ, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಇತ್ಯಾದಿ. ವೈದ್ಯರು/ತಜ್ಞರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದ್ದೀರಾ?
9. Were you or your spouse ever tested positive for Hepatitis B or C, HIV, AIDS or any other Sexually transmitted disease?
- ನೀವು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಸಂಗಾತಿಗೆ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ಎಚ್ಐವಿ, ಏಡ್ಸ್ ಅಥವಾ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಹರಡುವ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಬಂದಿದೆಯೇ?
10. Have you travelled or intend to travel out of India for any purpose other than vacation? If yes, please provide travel questionnaire.
- ರಜೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಭಾರತದಿಂದ ಪ್ರಯಾಣಿಸಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಪ್ರಯಾಣಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರಯಾಣ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.
11. Do you smoke or consume alcohol/tobacco/drugs/narcotics? If 'Yes' please provide the quantity & duration since it is consumed.
- ನೀವು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್/ತಂಬಾಕು/ಡ್ರಗ್ಸ್/ಮಾದಕವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ? 'ಹೌದಾದಲ್ಲಿ' ಅದನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾಗಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಅವಧಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.

For Female Life Assured Only:

ಮಹಿಳಾ ಜೀವವಿಮಾದಾರರಿಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ:

- i. Are you pregnant? If 'Yes' please mention how many weeks:
- ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ? 'ಹೌದಾದಲ್ಲಿ'; ದಯವಿಟ್ಟು ಎಷ್ಟು ವಾರಗಳಾಗಿವೆಯೆಂದು ನಮೂದಿಸಿ:
- ii. Are you suffering from any pregnancy related complications :- Any history of miscarriage, abortion or complications in previous pregnancy?
- ನೀವು ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಸಂಬಂಧಿತವಾದ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ:- ಹಿಂದಿನ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಕಾಲಪ್ರಸವ, ಗರ್ಭಪಾತ ಅಥವಾ ತೊಂದರೆಗಳ ಯಾವುದೇ ಇತಿಹಾಸವಿದೆಯೇ?
- 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.?
- ಸ್ತನ/ಗರ್ಭಾಶಯ/ಗರ್ಭಕಂಠ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ? ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಾಫಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ನೀವು ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?

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

ಮೇಲಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ "ಹೌದು" ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ

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.

ಘೋಷಣೆ: ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರುಜ್ಜೀವನಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇನೆ, ಅದರ ನಿಯಮಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಈಗ ಅದು ಕೈತಪ್ಪಿಹೋಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಪುನರುಜ್ಜೀವನದ ಆಧಾರವಾಗಿ, ಮೇಲಿನ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನಿಜ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಉತ್ತರದ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದೇನೆ. ಕಂಪನಿಯು ಬಯಸಿದಲ್ಲಿ, ಪುನರುಜ್ಜೀವನವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲು ನಾನು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು/ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಇಲ್ಲಿ ಹೇಳಿದ ಯಾವುದೇ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಅಥವಾ ಘೋಷಣೆಗಳು ಸುಳ್ಳು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಸ್ತು ಸಂಗತಿಯನ್ನು ನಿಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಮರುಸ್ಥಾಪನೆಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಲು ಅಥವಾ ಅಂತಹ ಮರುಸ್ಥಾಪನೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಕ್ಲೈಮ್ ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅರ್ಹತೆ ಇರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಮರುಸ್ಥಾಪನೆಯನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನುರ್ಜಿತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಹಣವನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಪ್ಪಂದದ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಅಥವಾ ಪುನರುಜ್ಜೀವನವನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲು ಕಂಪನಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನರುಜ್ಜೀವನಗೊಳಿಸುವ ಎಲ್ಲ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ಕೈತಪ್ಪಿದ ಪಾಲಿಸಿ ಪುನರುಜ್ಜೀವನವನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗೆ, ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಜೀವವಿಮಾದಾರರು ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ, ವಿವೇಕಶೂನ್ಯ ಅಥವಾ ಹುಚ್ಚುತನದವರಾಗಿದ್ದರೆ, ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಸರಂಡರ್ ಮೌಲ್ಯ(ಅಥವಾ) ನಿಧಿಯ ಮೌಲ್ಯಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅರ್ಜಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾಡಿದ ಅಥವಾ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ರೇವಣಿ ಎಂದು ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಈ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಅನುಮೋದಿಸುವವರೆಗೆ ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ಮಾಡುವವರೆಗೆ ಕಂಪನಿಯನ್ನು ಬಂಧಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ಈ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಅನುಮೋದಿಸದಿದ್ದರೆ, ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ, ಇಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಮೇಲಿನ ರೇವಣಿ ಮೊತ್ತದ ಮರುಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

Signature of Life assured*: _____
ಜೀವವಿಮಾದಾರರ ಸಹಿ*:

(*To be signed by Policy holder, if life assured is Minor)
(*ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು, ಜೀವವಿಮಾದಾರರು ಅಪ್ರಾಪ್ತರಾಗಿದ್ದರೆ)

Signature of proposer if different from life assured: _____ Place and Date: _____
ಜೀವವಿಮೆಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿದ್ದರೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ: _____ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ: