

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

संजीवनी/नुकसानीचे धोरण पुन्हा स्थापित करण्यासाठी चांगल्या आरोग्याचे वैयक्तिक कथन

(To be filled by Life Assured only)
(जीवन विमाधारक व्यक्तीद्वारा भरण्यासाठी)

Policy Number: _____ Name of Life assured: _____
पॉलिसी क्रमांक: _____ जीवन विमाधारक व्यक्तीचे नाव: _____

Nationality: Indian NRI Other. Country of residence in case of NRI or Other: _____
राष्ट्रीयता: भारतीय एनआरआई इतर. एनआरआई किंवा इतर व्यक्तींच्या बाबतीत निवासाचा देश: _____

Annual income: _____
वार्षिक उत्पन्न: _____

Please provide the following information:

कृपया खालील माहिती प्रदान करा:

- | | Yes
होय | No
नाही |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____
सें.मी.मध्ये उंची: _____ कि. ग्रॅ.मध्ये वजन: _____
Has your weight increased/decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason.
गेल्या 12 महिन्यांत आपले वजन 5 कि. ग्रॅ.पेक्षा जास्त वाढले/घटले आहे काय? उत्तर 'होय' असल्यास, कृपया कारण सांगा | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy?
या पॉलिसीसाठी प्रस्तावाच्या दिनांकापासून आपण आपला व्यवसाय बदलला आहे का?
If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous)
उत्तर होय असल्यास, व्यवसाय आणि कामाचे स्वरूप याविषयी संपूर्ण तपशील पुरवा. (कृपया कामाचे स्वरूप धोकादायक असल्यास, व्यवसाय प्रश्नावली पुरवा) | <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?
आपला, कोणत्याही विमा कंपनीकडे जीवन विम्यासाठी, किंवा जीवन विम्याच्या पुनर्स्थापने (रिइंस्टेटमेंट) साठी इतर कोणताही प्रलंबित प्रस्ताव आहे का किंवा चालू पॉलिसी लॅप्स झाल्यापासून आपण विमा संरक्षण घेतले आहे का किंवा लॅप्स झालेल्या कोणत्याही पॉलिसीचे पुनरुज्जीवन केले आहे का?
If Yes, give details of name of company, sum assured and current status.
उत्तर होय असल्यास, कंपनीचे नाव आणि विम्याची रक्कम आणि सद्य स्थितीबद्दल तपशील द्या. | <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?
आरोग्य/गंभीर आजार/वैयक्तिक अपघाताच्या विम्यांसाठी किंवा अशा विम्यांच्या पुनर्स्थापनेच्या आपल्या कोणत्याही प्रस्तावास कोणत्याही विमा कंपनीद्वारे नाकारले गेले, स्थगित केले गेले, सुधारित केले गेले किंवा रेट केले गेले आहे का किंवा श्रीराम लाइफ इन्शुरन्सच्या कंपनी लिमिटेड किंवा इतर कोणत्याही विमाकर्त्याकडे आपण अशा कोणत्याही पॉलिसीच्या अंतर्गत कधीही दावा केला आहे का? | <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?
आपण कोणतेही उपचार/औषधोपचार घेत आहात किंवा आपण, यापूर्वी कोणतीही वैद्यकीय स्थिती/अपंगत्व किंवा विकृतीसाठी कोणताही उपचार प्राप्त केला आहे का किंवा शस्त्रक्रिया करवून घेतली होती का/रुग्णालयात दाखल झाले होता का? | <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.
या पॉलिसीच्या प्रस्तावावर स्वाक्षरी करण्याच्या दिनांकापासून आपल्या आरोग्यात बदल झाला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया तपशील पुरवा. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever sought advice or suffered from any of the following?
आपण कधीही खालील रोगांविषयी सल्ला घेतला आहे किंवा त्यापैकी एखाद्या रोगाचा आपणास कधीही त्रास झाला आहे का? | <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/रक्ताभिसरण प्रणाली/छातीत दुखणे/मधुमेह/कर्करोग, अर्बुद, गळू किंवा कोणतीही असामान्य वाढ/मूत्रपिंड, मूत्रमार्ग, मूत्राशय किंवा पुर: स्थ ग्रंथी/डोळा, कान, नाक किंवा घश्याशी संबंधित आजार. | | |

- 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 किंवा निम्न रक्तदाब किंवा उच्च कोलेस्ट्रॉल/श्वसनाविषयी किंवा श्वासोच्छ्वासविषयक विकार/क्षयरोग/फिट, मूर्च्छा, अपस्मार, स्ट्रोक, अर्धांगवायू यासारखे मज्जातंतूविषयक विकार/यकृत किंवा पाचक प्रणाली संबंधित विकार/अशक्तपणा किंवा रक्त विकार/थायरॉईड किंवा अंतः स्रावी विकार/मज्जातंतूविषयक किंवा मानसिक विकार उदासीनता किंवा चिंता/पाठीचा कणा किंवा सांधा किंवा स्नायू विकार या सारखे मज्जातंतूविषयक किंवा मानसिक विकार.

- iii. Congenital or genetic disorder/physical deformity.

कोणताही जन्मजात किंवा अनुवांशिक विकार/शारीरिक विकृती.

- iv. Any other health ailments not mentioned above.

वर उल्लेख न केलेले इतर कोणतेही आरोग्यविषयक आजार.

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?

या पॉलिसीच्या प्रस्तावाच्या फॉर्मवर स्वाक्षरी करण्याच्या दिनांकापासून, आरोग्याच्या स्थितीत काही बदल झाले आहेत किंवा आपणावर बाब पार पाडण्यात आली आहे का, रुग्णालयात भर्ती, ऑपरेशन/शस्त्रक्रिया, रक्त तपासणी, एक्स-रे, ECG, TMT, एंजियोग्राफी इ. आपण डॉक्टरांचा/तज्ज्ञांचा सल्ला घेतला आहे का?

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

आपले किंवा आपल्या जोडीदाराचे कधीही हिपॅटायटीस B किंवा C, HIV, AIDS किंवा इतर कोणत्याही लैंगिक संसर्गासाठी सकारात्मक परीक्षण केले गेले होते का?

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

आपण सुट्टीशिवाय इतर कोणत्याही हेतूने, भारताबाहेर प्रवास केला आहे किंवा प्रवास करण्याचा विचार केला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया प्रवासाची प्रश्नावली पुरवा.

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

आपण धूम्रपान करता किंवा अल्कोहोल, तंबाखू/ड्रग्स/अंमली पदार्थांचे सेवन करता का? उत्तर 'होय' असल्यास, कृपया त्याच्या सेवनास सुरुवात केल्यापासूनचे प्रमाण व कालावधी सांगा.

For Female Life Assured Only:

केवळ महिला जीवन विमाधारकासाठी:

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

आपण गर्भवती आहात का? उत्तर 'होय' असल्यास, तर आपण किती आठवड्यांच्या गर्भवती आहात, त्याचा उल्लेख करा:

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

आपण गर्भधारणे संबंधित कोणत्याही गुंतागुंतपासून ग्रस्त आहात का:- आपला अकाली प्रसूती (मिसकॅरेज), गर्भपात किंवा मागील गर्भधारणेतील गुंतागुंत या बाबींचा कोणताही इतिहास आहे का?

- 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.?

स्तन/गर्भाशय/गर्भाशय ग्रीवा इत्यादीच्या समस्यांसाठी, आपण कधीही वैद्यकीय व्यावसायिकास भेट दिली आहे का? आपण मॅमोग्राम, अल्ट्रासाउंड, पॅप स्मीअर इत्यादी कोणत्याही चाचण्या करवून घेतल्या आहेत का?

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

वरिलपैकी कोणत्याही प्रश्नाचे उत्तर "होय" म्हणून दिले असल्यास कृपया खाली तपशील प्रदान करा.

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: मी याद्वारे वर नमूद केलेल्या पॉलिसीच्या पुनरुज्जीवनासाठी अर्ज करत आहेत. ही पॉलिसी आता तिच्या मुदतीच्या अंतर्गत लॅप्स झाली आहे. अशा पुनरुज्जीवनाचा आधार म्हणून, मी येथे असे जाहीर करतो करते/की वर नमूद करण्यात आलेली किंवा संदर्भित करण्यात आलेली प्रत्येक सादरीकरणे आणि विधाने, खरी व योग्य आहेत आणि मी प्रत्येक प्रश्न समजून घेतल्यानंतरच, त्याचा सर्व तपशील पूर्णपणे सांगितला आहे. मला समजले आहे की, जर कंपनीची इच्छा असेल, तर पुनरुज्जीवनावर विचार केला जाण्यासाठी, मला पुढील कागदपत्रे सादर करावी लागतील/पुढील वैद्यकीय चाचण्या करून घ्याव्या लागतील. मी या बाबीशी सहमत आहे की जर येथे नमूद केलेली कोणतीही विधाने, उत्तरे किंवा घोषणा चुकीच्या असल्याचे आढळले किंवा कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती दडपून ठेवल्याचे दिसून आले, तर कंपनीला पॉलिसीची पुनर्स्थापना (रिइंस्टेटमेंट) रद्द करण्याचा किंवा अशा पुनर्स्थापने (रिइंस्टेटमेंट) मुळे निर्माण एखादा दावा, जर एखादा असेल तर, फेटाळण्याचा अधिकार असेल, आणि अशा पुनर्स्थापने (रिइंस्टेटमेंट)स रद्दबातल मानले जाईल आणि तिच्यासाठी भरण्यात आलेले सर्व पैसे कंपनीद्वारे जप्त केले जातील. मी या बाबीशी सहमत आहे की, कराराच्या विद्यमान अटींच्या व्यतिरिक्त अन्य अटींच्या नुसार पॉलिसी पुनरुज्जीवित करण्याचा किंवा असे पुनरुज्जीवन नाकारण्याचा कंपनीला सर्व हक्क आहे. मी ही बाब मान्य करतो/करते की, जर लॅप्स झालेल्या पॉलिसीचे पुनरुज्जीवन केल्याच्या दिनांकापासून एका वर्षाच्या आत, मग शहाणपणाच्या स्थितीत किंवा वेडसरपणाच्या स्थितीत असो, जीवन विमा धारकाने कोणत्याही कारणस्तव आत्महत्या केल्यास, कंपनीचे उत्तरदायित्व समर्पण मूल्य (सरेंडर व्हॅल्यू) (किंवा) जर पॉलिसीवर काही जमा झालेले असेल, तर अशा फंड मुल्यापर्यंत मर्यादित असेल. मी पुढे सहमत आहे की, या अर्जाच्या संदर्भात करण्यात आलेल्या किंवा करावयाच्या कोणत्याही पेमेंटला फक्त ठेव म्हणून समजले जाईल आणि या अर्जाला शेवटी कंपनीद्वारे मंजूर करेपर्यंत आणि त्याची माहिती कळवेपर्यंत, कंपनी बांधील राहणार नाही. हा अर्ज मंजूर न झाल्यास, मी यासंबंधात वर भरणा केलेल्या ठेवीची रक्कम, व्याजाशियाव, परत स्वीकारण्यास देखील सहमत आहे.

Signature of Life assured*: _____

जीवन विमाधारकाची स्वाक्षरी*:

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

(*जीवन विमाधारक अज्ञान असल्यास, पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी)

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

विमाधारकापेक्षा आयुष्यापेक्षा वेगळी असल्यास प्रस्ताकाची सही:

ठिकाण आणि दिनांक: