

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

ଲୀମ୍ବ ପଲିସିର ପୁନଃଜୀବନ/ପୁନଃସ୍ଥାପନା ପାଇଁ ଉତ୍ତମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ବିବୃତ୍ତି

**(To be filled by Life Assured only)
(କେବଳ ଜୀବନ ଆଶୁସ୍ତକ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ ହେବା ପାଇଁ)**

Policy Number: _____ Name of Life assured: _____

ପଲିସି ନମ୍ବର: _____ ଜୀବନ ଆଶୁସ୍ତକ ନାମ: _____

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

ଜାତୀୟତା: ଭାରତୀୟ NRI ଅନ୍ୟମାନେ. NRI କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବସବାସ କରୁଥିବା ଦେଶ: _____

Annual income: _____

ବାର୍ଷିକ ଆୟ: _____

Please provide the following information:

ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

- | | Yes
ହଁ | No
ନା |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____
ଉଚ୍ଚତା ସେମିରେ: _____ ଓଜନ କେଜିରେ: _____</p> <p>Has your weight increased/decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason.
ଗତ 12 ମାସରେ ଆପଣଙ୍କ ଓଜନ 5 କେଜିରୁ ଅଧିକ/କମ୍ ହୋଇଛି? ଯଦି 'ହଁ' ଦୟାକରି କାରଣ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ।</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy?
ଏହି ପଲିସିର ପ୍ରଯୋଜାଲ୍ ତାରିଖଠାରୁ ଆପଣ ଆପଣଙ୍କର ବୃତ୍ତି ପରିବର୍ତ୍ତନ କରିଛନ୍ତି କି?
If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous)
ଯଦି ହଁ, ତେବେ ବୃତ୍ତି ଏବଂ କାମର ପ୍ରକାର ସମ୍ପର୍କରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ। (ଯଦି କାର୍ଯ୍ୟର ପ୍ରକାର ବିପଜ୍ଜନକ ତେବେ ଦୟାକରି ବୃତ୍ତି ପ୍ରଶ୍ନାବଳି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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?
ଆପଣଙ୍କର ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରଯୋଜାଲ୍ ଅଛି, କିମ୍ବା କୌଣସି ବୀମାକାରୀଙ୍କ ନିକଟରେ ଜୀବନ ବୀମା ପୁନଃସ୍ଥାପନ ବାକି ଅଛି କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ପଲିସିର ସମୟ ଅବଧି ଶେଷ ହେବାଠାରୁ ଆପଣ କୌଣସି ବୀମା ସୁରକ୍ଷା ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା କୌଣସି ସମୟ ଅବଧି ଅତିକ୍ରମ କରିଥିବା ପଲିସି ଅବଧି ପୁନଃସ୍ଥାପନ କରିଛନ୍ତି?
If Yes, give details of name of company, sum assured and current status.
ଯଦି ହଁ, କମ୍ପାନୀର ନାମ, ବୀମାକୃତ ରାଶି ଏବଂ ବର୍ତ୍ତମାନର ସ୍ଥିତିର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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?
ବୀମା ନିମନ୍ତେ ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ଜୀବନ/ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ/ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା/ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା ବୀମାର ପୁନଃସ୍ଥାପନ ଅସ୍ୱୀକାର, ସ୍ଥଗିତ, ସଂଶୋଧିତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରାଯାଇଛି କିମ୍ବା ଆପଣ ଶ୍ରୀରାମ ଲାଇଫ୍ ଲନସୁୟରାନ୍ସ କମ୍ପାନି ଲିମିଟେଡ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବୀମାକାରୀଙ୍କ ସହିତ ଏପରି କୌଣସି ବୀମା ପଲିସି ଅଧିନରେ କେବେ କୌଣସି ଦାବି କରିଛନ୍ତି କି?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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?
ଯଦି ଆପଣ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା/ଔଷଧ ଗ୍ରହଣ କରୁଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅତୀତରେ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରାଇଛନ୍ତି/କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଅବସ୍ଥା/ଅକ୍ଷମତା କିମ୍ବା ବିକୃତ ନିମନ୍ତେ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6. Has your health changed since the date of signing the proposal form for this policy? If yes, please provide details.
ଏହି ପଲିସି ପାଇଁ ପ୍ରଯୋଜାଲ୍ରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର କିଛି ତାରିଖଠାରୁ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି କି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>7. Have you ever sought advice or suffered from any of the following?
ଆପଣ ନିମ୍ନୋକ୍ତ କେଉଁଟି ନିମନ୍ତେ କେବେ ପରାମର୍ଶ ଆବଶ୍ୟକ କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ସେଥିରେ ପୀଡ଼ିତ ହୋଇଛନ୍ତି?</p> <p>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.
ହୃଦ୍‌ପିଣ୍ଡ/ ସଞ୍ଚାଳନ ପ୍ରଣାଳୀ/ ଛାତି ଯନ୍ତ୍ରଣା/ ମଧୁମେହ/ କର୍କଟ, ଚ୍ୟୁମ୍ବର, ସିଷ୍ଟ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅସ୍ୱାଭାବିକ ବୃଦ୍ଧି/ ଯକୃତ, ମୂତ୍ରନଳୀ, ମୁତ୍ରାଶୟ କିମ୍ବା ପ୍ରୋଷ୍ଟେଟ୍/</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ଆଖି, କାନ, ନାକ କିମ୍ବା ଗଳା ସହ ସମ୍ପର୍କିତ ରୋଗ।

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.

ଉଚ୍ଚ କିମ୍ବା ନିମ୍ନ ରକ୍ତଚାପ କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ କୋଲେଷ୍ଟ୍ରଲ/ଶ୍ୱାସ ପ୍ରଣାଳୀ କିମ୍ବା ଶ୍ୱାସ ଜନିତ ସମସ୍ୟା/ରୁଧିରକୁଲୋସିସ୍/ସ୍ୱାୟତ୍ତ ସମସ୍ୟା ଯେମିତି ଫିଟ୍‌ସ, ଅଚେତ ହେବା, ମିର୍ଚ୍ଚି, ଷ୍ଟ୍ରେକ୍, ପକ୍ଷାଘାତ/ଲିଭର କିମ୍ବା ପାଚନ ପ୍ରଣାଳୀ ସମ୍ପର୍କିତ ସମସ୍ୟା/ରକ୍ତ ହୀନତା କିମ୍ବା ରକ୍ତ ସମସ୍ୟା/ଆଇରଏଚ୍ କିମ୍ବା ଏଣ୍ଡୋକ୍ରାଇନ୍ ସମସ୍ୟା/ସ୍ୱାୟତ୍ତ କିମ୍ବା ମନସ୍ତାତ୍ତ୍ୱିକ ସମସ୍ୟା ଯେମିତି ଅବସାଦ କିମ୍ବା ଉଦ୍‌ବେଗ/ମେରୁଦଣ୍ଡ କିମ୍ବା ସନ୍ଧି କିମ୍ବା ମାଂସପେଶୀ ବିକୃତି।

iii. Congenital or genetic disorder/physical deformity.

ଆକିଂଜେନାଇଟାଲ୍ କିମ୍ବା ଜନ୍ମ ଗତ ସମସ୍ୟା/ଶାରୀରିକ ବିକୃତି।

iv. Any other health ailments not mentioned above.

ଉପରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇନଥିବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା

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?

ଏହି ପଲିସି ପାଇଁ ପ୍ରପୋଜାଲ୍ ଫର୍ମ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ତାରିଖଠାରୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥାରେ କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି କିମ୍ବା ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନା ଚିକିତ୍ସା, ଅପରେସନ୍/ସର୍ଜରୀ, ରକ୍ତ ପରୀକ୍ଷା, X-ରେ, ECG, TMT ପରି ନୈବାନିକ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ, ଆଣ୍ଡିଓଗ୍ରାଫି ଇତ୍ୟାଦି ପାଇଁ ଯାଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଜଣେ ଡାକ୍ତର/ ବିଶେଷଜ୍ଞଙ୍କୁ ପରାମର୍ଶ କରିଥିଲେ?

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

ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ଜୀବନସାଥୀ କେବେ ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି କିମ୍ବା ସି, HIV, AIDS କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଯୌନ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗ ନିମନ୍ତେ ପଜିଟିଭ୍ ପରୀକ୍ଷିତ ହୋଇଛନ୍ତି?

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

ଆପଣ ଅବକାଶ ଦିନ ଅନ୍ୟ କୌଣସି କାରଣ ନିମନ୍ତେ ଭାରତ ବାହାରକୁ ଯାତ୍ରା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା କରିବାକୁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖିଛନ୍ତି? ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଭ୍ରମଣ ପ୍ରଶ୍ନାବଳି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।

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

ଆପଣ ଧୂମପାନ କରନ୍ତି କିମ୍ବା ଆଲକୋହଲ୍/ତମାଖୁ/ଡ୍ରଗ୍ସ/ନାର୍କୋଟିକ୍ସ ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତି? ଯଦି 'ହଁ' ଦୟାକରି ପରିମାଣ ଏବଂ କେବେଠାରୁ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି ତାହାର ଅବଧି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।

For Female Life Assured Only:

କେବଳ ମହିଳା ଜୀବନ ଆଶୁଷ୍ଟଙ୍କ ପାଇଁ:

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

ଆପଣ କ'ଣ ଗର୍ଭବତୀ? ଯଦି 'ହଁ' ଦୟାକରି କେତେ ସପ୍ତାହ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ:

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

ଆପଣ ଗର୍ଭଧାରଣ ସମ୍ପର୍କିତ କୌଣସି ଜଟିଳତାରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି:- ଗର୍ଭ ନଷ୍ଟ, ଗର୍ଭପାତ କିମ୍ବା ପୂର୍ବ ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ଜଟିଳତା କୌଣସି ଇତିହାସ?

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.?

ଆପଣ ସ୍ତନ/ ଗର୍ଭାଶୟ/ ଗର୍ଭଗ୍ରୀବା ଇତ୍ୟାଦିର କୌଣସି ସମସ୍ୟା ନିମନ୍ତେ କେବେ ଜଣେ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପାଖକୁ ଯାଇଛନ୍ତି କି? ଆପଣ ମାମୋଗ୍ରାମ୍, ଅଲ୍ଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ୍, ପାପ୍ ସ୍ମିଅର୍ ଇତ୍ୟାଦି ପରି ଯେ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ ଦେଇ ଯାଇଛନ୍ତି କି?

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

ଯଦି ଉପରୋକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର "ହଁ" ଭାବରେ ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଏ ତେବେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନରେ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।

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.

ଘୋଷଣାମାମା: ମୁଁ ଏତଦ୍ ଦ୍ଵାରା ଉପରୋକ୍ତ ପଲିସିର ପୁନଃସ୍ଥାପନ ନିମନ୍ତେ ଆବେଦନ କରୁଛି ଯାହା ଏହାର ନିୟମ ଅଧିନରେ ବର୍ତ୍ତମାନ କାଳାତୀତ ହୋଇଯାଇଛି। ଏପରି ପୁନଃସ୍ଥାପନ ନିମନ୍ତେ ଏକ ଆଧାର ଭାବରେ ମୁଁ ଏତଦ୍ ଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ କରାଯାଇଥିବା କିମ୍ବା ଉପରୋକ୍ତ ସମସ୍ତ ଉପସ୍ଥାପନ ଏବଂ ମତ୍ତବ୍ୟ ହେଉଛି ସତ୍ୟ ଏବଂ ଠିକ୍ ଏବଂ ଏହା ଯେ ମୁଁ ପ୍ରଶ୍ନକୁ ବୁଝିପାରିବା ପରେ ପ୍ରତ୍ୟେକ ପ୍ରଶ୍ନର ସମସ୍ତ ବିବରଣୀ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ପ୍ରଦାନ କରିଛି। ମୁଁ ବୁଝିଛି ଯେ କମ୍ପାନୀ ଏହିପରି ଲକ୍ଷ୍ୟ କରିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ, ପୁନଃସ୍ଥାପନର ବିବେଚନା କରିବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ଦାଖଲ କରିବା, ଅଧିକ ତାଲିକା ପରୀକ୍ଷା କରାଇବା ମୁଁ ସହମତ ଯେ ଯଦି ଏଠାରେ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ବକ୍ତବ୍ୟ, ଉତ୍ତର କିମ୍ବା ଘୋଷଣା ଅସତ୍ୟ ବୋଲି ଜଣାପଡ଼େ କିମ୍ବା କୌଣସି ବାସ୍ତବିକ ତଥ୍ୟ ଚାପି ଦିଆଯାଇଥିବା ମିଳେ, କମ୍ପାନୀ ପଲିସିର ପୁନଃସ୍ଥାପନ କିମ୍ବା ଦାବି ପରିତ୍ୟାଗ କରିବାକୁ ହକ୍ଦଦାର ହେବ ଯଦି କିଛି ଏପରି ପୁନଃସ୍ଥାପନରୁ ସୃଷ୍ଟି ହୋଇଥାଏ ଏବଂ ଏପରି ପୁନଃସ୍ଥାପନ ଅବୈଧ ଏବଂ ଅନାମ୍ୟ ଭାବରେ ପରିଗଣିତ ହେବ ଏବଂ ତାହା ଦ୍ଵାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ଅର୍ଥ କମ୍ପାନୀ ପ୍ରତି ବ୍ୟାଜ୍ୟାପ୍ତ ହେବ। ମୁଁ ଏତଦ୍ ଦ୍ଵାରା ସହମତ ପ୍ରକାଶ କରୁଛି ଯେ ଚୁକ୍ତିନାମାର ବିଦ୍ୟମାନ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଉପରେ ଅନ୍ୟ ସର୍ତ୍ତରେ ପଲିସିକୁ ପୁନରୁଦ୍ଧାର କରିବାର କିମ୍ବା ପୁନରୁଦ୍ଧାର ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିବାର କମ୍ପାନୀର ସମସ୍ତ ଅଧିକାର ରହିଛି। ମୁଁ ଏତଦ୍ ଦ୍ଵାରା ସହମତ ଯେ ଯଦି ଜୀବନ ଆଶ୍ଵସ୍ତ୍ର ସମୟ ଅବଧି ଶେଷ ହୋଇଯାଇଥିବା ପଲିସିର ପୁନରୁଦ୍ଧାର ଗ୍ରହଣ ତାରିଖର ଏକ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ କୌଣସି କାରଣରୁ ସୁସ୍ଥିତିରେ କିମ୍ବା ବିକୃତ ଚିତରେ ଆତ୍ମହତ୍ୟା କରନ୍ତି, କମ୍ପାନୀର ଉତ୍ତରଦାୟିତ୍ଵ ସମର୍ପଣ ମୂଲ୍ୟ (କିମ୍ବା) ପାଣ୍ଡି ମୂଲ୍ୟ ସହ ସମାନ ହୋଇଯିବ, ଯଦି କିଛି ଯାହା ପଲିସିରେ ଜମା ହୋଇଛି। ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସହମତ ଯେ ଏହି ଆବେଦନ ସମ୍ପର୍କରେ କରାଯାଇଥିବା କିମ୍ବା ହେବାକୁ ଥିବା କୌଣସି ପୈଠ କେବଳ ଏକ ଜମା ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ ଏବଂ ଏହି ଆବେଦନ ଚୁଡ଼ାନ୍ତ ଭାବରେ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ଵାରା ଅନୁମୋଦିତ ଏବଂ ଏଥିପାଇଁ ଯୋଗାଯୋଗ ନ ହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ କମ୍ପାନୀ ପାଇଁ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ହେବ ନାହିଁ। ଯଦି ଏହି ଆବେଦନ ଅନୁମୋଦିତ ନ ହୁଏ, ତେବେ ଏହା ସମ୍ପର୍କରେ ଉପରୋକ୍ତ ଜମା ରାଶି ବିନା ସୁଧରେ ଫେରସ୍ତ ଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ରାଜି ହେବି।

Signature of Life assured*: _____
ଜୀବନ ଆଶ୍ଵସ୍ତ୍ରକ ସ୍ଵାକ୍ଷର*:

(*To be signed by Policy holder, if life assured is Minor)
(*ବୀମା ଧାରକଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ସ୍ଵାକ୍ଷର କରାଯିବ, ଯଦି ଜୀବନ ଆଶ୍ଵସ୍ତ୍ର ଜଣେ ନାବାଳକ)

Signature of proposer if different from life assured: _____ Place and Date: _____
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ଯଦି ଜୀବନ ନିଶ୍ଚିତକ ଜୀବନଠାରୁ ଭିନ୍ନ: _____ ସ୍ଥାନ ଏବଂ ତାରିଖ: