SHRIRAM Life Insurance
YOUR PARTNER FOR PROSPERITY
associated with Sanlam group

Personal statement of Good Health for Revival of Lapsed policy
കാലഹരണപ്പെട്ട പോളിസി പുനരുജ്ജീവിപ്പിക്കുന്നതിനായി നൽകുന്ന നല്ല ആരോഗ്യത്തിന്റെ വ്യക്തിഗത പ്രസ്താവന

(To be filled by Life Assured only)
(ലൈഫ് അഷ്വേർഡ് തന്നെ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)

Policy Number: ___________________________
പോളിസി നമ്പർ

Name of Life assured: ______________________
ലൈഫ് അഷ്വൂർഡിൻറെ പേര്

Nationality: ☐ Indian ☐ NRI ☐ Other.
ദേശീയത: ഇന്ത്യൻ എൻആർഐ മറ്റുള്ളവ
Country of residence in case of NRI or Other: ____________________
എൻആർഐ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റുള്ളവരുടെ കാര്യത്തിൽ, താമസിക്കുന്ന രാജ്യം

Annual income: ____________________
വാർഷിക വരുമാനം

Answer all the following questions applicable to life assured by ticking Yes or No.
ലൈഫ് അഷ്വേർഡിന് ബാധകമായ ഇനിപ്പറയുന്ന എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും അതെ അല്ലെങ്കിൽ അല്ല എന്ന് ടിക്ക് ചെയ്തുകൊണ്ട് ഉത്തരം നൽകുക.

Q No. **ചോദ്യം നമ്പർ.**	**Particulars** **വിശദാംശങ്ങൾ**	**Yes/No** **അതെ /അല്ല**	**If Yes, please provide details** **ഉണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക**
1	Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy? ഈ പോളിസിയുടെ പ്രൊപ്പോസൽ തീയതിക്ക് ശേഷം നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ തൊഴിൽ മാറ്റിയിട്ടുണ്ടോ? If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous) ഉണ്ടെങ്കിൽ, ജോലിയെ കുറിച്ചും ഡ്യൂട്ടിയുടെ പ്രകൃതത്തെക്കുറിച്ചും പൂർണ്ണമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുക. (ജോലിയുടെ പ്രകൃതം അപകടം നിറഞ്ഞതാണെങ്കിൽ ദയവായി തൊഴിൽ ചോദ്യാവലി നൽകുക)	Yes / No അതെ /അല്ല	
2	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? മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറർക്കൊപ്പം ഏതെങ്കിലും പ്രൊപ്പോസലോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പുനസ്ഥാപനത്തിനുള്ള അപേക്ഷയോ തീർപ്പാകാതെയിരിപ്പുണ്ടോ? അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ പോളിസി അവസാനിച്ചതിനുശേഷം നിങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ എടുക്കുകയോ അല്ലെങ്കിൽ കാലഹരണപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും പോളിസി പുനരുജ്ജീവിപ്പിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? If Yes, give details of name of company, sum assured and current status ഉണ്ട് എങ്കിൽ, കമ്പനിയുടെ പേര്, സം അഷ്വേർഡ്, നിലവിലെ സ്റ്റാറ്റസ് എന്നിവയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക	Yes / No അതെ /അല്ല	

CONFIDENTIAL

To be contd

3	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? നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസിനുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രൊപ്പോസൽ അല്ലെങ്കിൽ ലൈഫ് / ഹെൽത്ത് / ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് / പേഴ്സണൽ ആക്സിഡൻറ് ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ പരിഷ്കരിക്കുകയോ റേറ്റുചെയ്യുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ശ്രീരാം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡുമായോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുററുമായോ, അത്തരത്തിലുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി പ്രകാരം നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും എന്തെങ്കിലും ക്ലെയിം ഉന്നയിച്ചിട്ടുണ്ടോ?	Yes / No അതെ /അല്ല	
4	i. Height in cms: ___________Weight in Kgs: ____________ ഉയരം (സെമീ):_________ ഭാരം (കിലോ): _____________ ii. Has your weight increased / decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason കഴിഞ്ഞ 12 മാസത്തിനുള്ളിൽ നിങ്ങളുടെ ഭാരം 5 കിലോയിൽ കൂടുതൽ വർദ്ധിച്ചിട്ടുണ്ടോ? 'അതെ' ആണെങ്കിൽ, കാരണം പറയുക	Yes / No അതെ /അല്ല	
5	Do you smoke or consume alcohol/tobacco/drugs/narcotics? [If 'Yes' please provide the quantity & duration since it is consumed] നിങ്ങൾ മദ്യം / പുകയില / ഉത്തേജകമരുന്ന് / മയക്കുമരുന്ന് എന്നിവ ഉപയോഗിക്കാറുണ്ടോ? ['അതെ' ആണെങ്കിൽ, അത് എന്നു മുതൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു, അതിൻറെ അളവ് എന്നിവ നൽകുക]	Yes / No അതെ /അല്ല	
6	Are you receiving any treatment /medication or in the past received any treatment or undergone surgery/hospitalized for any medical condition /disability or deformity? If Yes, please provide reason for treatment/ medication and name of the medicine നിങ്ങൾക്ക് ഇപ്പോൾ എന്തെങ്കിലും ചികിത്സ / മരുന്ന് നടക്കുന്നുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പ് എന്തെങ്കിലും അസുഖത്തിന് ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ / ഏതെങ്കിലും മെഡിക്കൽ അവസ്ഥ / വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ അംഗവൈകല്യത്തിന്റെ പേരിൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? അതെ എങ്കിൽ, ചികിത്സയുടെ കാരണം / മരുന്ന്, മരുന്നിന്റെ പേര് എന്നിവ നൽകുക	Yes / No അതെ /അല്ല	
7	Has your health changed since the date of signing the proposal form for this policy? If yes, please provide details ഈ പോളിസിക്ക് വേണ്ടി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ ഒപ്പിട്ട തീയതി മുതൽ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം മാറിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക	Yes / No അതെ /അല്ല	
8	Have you ever sought advice or suffered from any of the following? നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്നവയിൽ ഏതെങ്കിലും അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിനായി ഉപദേശം തേടിയിട്ടുണ്ടോ? 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 ഹൃദയം / രക്തചംക്രമണവ്യൂഹം / നെഞ്ചുവേദന / പ്രമേഹം / അർബുദം, ട്യൂമർ, സിസ്റ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും അസാധാരണ വളർച്ച / വൃക്ക, മൂത്രാശയം, മൂത്രസഞ്ചി അല്ലെങ്കിൽ പ്രോസ്റ്റേറ്റ് / കണ്ണ്, ചെവി, മൂക്ക് അല്ലെങ്കിൽ തൊണ്ട എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗങ്ങൾ 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	Yes / No അതെ /അല്ല	

CONFIDENTIAL

To be contd

	endocrine disorder / neurological or psychological disorders like depression or anxiety / spine or joint or muscles disorders / anycongenital or genetic disorder / physical deformity കൂടിയ അല്ലെങ്കിൽ കുറഞ്ഞ രക്തസമ്മർദ്ദം അല്ലെങ്കിൽ ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ / ശ്വസന അല്ലെങ്കിൽ ശ്വാസകോശ സംബന്ധമായ തകരാറുകൾ / ക്ഷയം / ചുഴലി, ബോധക്ഷയം, അപസ്മാരം, സ്ട്രോക്ക്, പക്ഷാഘാതം പോലുള്ള മസ്തിഷ്ക തകരാറുകൾ / കരൾ അല്ലെങ്കിൽ ദഹനവ്യവസ്ഥയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട തകരാറുകൾ / വിളർച്ച അല്ലെങ്കിൽ രക്ത സംബന്ധമായ തകരാറുകൾ / തൈറോയ്ഡ് അല്ലെങ്കിൽ എൻഡോക്രൈൻ തകരാറുകൾ / വിഷാദം, ഉത്കണ്ഠ പോലുള്ള ന്യൂറോളജിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈക്കോളജിക്കൽ തകരാറുകൾ / നട്ടെല്ല് അല്ലെങ്കിൽ ജോയിന്റ് അല്ലെങ്കിൽ പേശികളുടെ തകരാറുകൾ / ഏതെങ്കിലും ജൻമനാലുള്ള അല്ലെങ്കിൽ ജനിതക തകരാറുകൾ / ശാരീരിക വൈകല്യം എന്നിവ iii. Any other health ailments not mentioned above മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടില്ലാത്ത മറ്റേതെങ്കിലും ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ		
9	Since the date of signing the proposal form for this policy, has there been any change in health status or have you undergone any of the following: ഈ പോളിസിക്ക് വേണ്ടി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ ഒപ്പിട്ട തീയതി മുതൽ, ആരോഗ്യസ്ഥിതിയിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റമുണ്ടാകുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്നവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നിന് നിങ്ങൾ വിധേയനാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ: i. Hospitalization ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശനം ii. Operation/Surgery ഓപ്പറേഷൻ / ശസ്ത്രക്രിയ iii. Pathological examinations like blood test, X- ray, ECG, TMT, രക്തപരിശോധന, എക്സ്-റേ, ഇസിജി, ടിഎംടി, പോലുള്ള പാതോളജിക്കൽ പരിശോധനകൾ. iv. Angiography etc. ആൻജിയോഗ്രാഫി തുടങ്ങിയവ. v. Consulted a Doctor/ Specialist? If Yes, please provide relevant details ഒരു ഡോക്ടർ / സ്പെഷ്യലിസ്റ്റിനെ കൺസൾട്ട് ചെയ്തു? ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രസക്തമായ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക	Yes / No അതെ /അല്ല	
10	Were you or your spouse ever tested positive for Hepatitis B or C, HIV, AIDS or any other Sexually transmitted disease? നിങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ പങ്കാളി എപ്പോഴെങ്കിലും ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി അല്ലെങ്കിൽ സി, എച്ച്ഐവി, എയ്ഡ്സ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ലൈംഗിക രോഗത്തിനുള്ള ടെസ്റ്റിൽ പോസിറ്റീവ് ആയിട്ടുണ്ടോ?	Yes / No അതെ /അല്ല	
11	Have you travelled or intend to travel out of India for any purpose other than vacation? If yes, please provide travel questionnaire അവധിക്കാലം ഒഴികെയുള്ള ഏതെങ്കിലും ആവശ്യത്തിനായി നിങ്ങൾ ഇന്ത്യക്ക് വെളിയിൽ യാത്ര ചെയ്യുകയോ യാത്ര ചെയ്യാൻ ആഗ്രഹിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, യാത്രാ ചോദ്യാവലി നൽകുക	Yes / No അതെ /അല്ല	

CONFIDENTIAL

12	**For Female Life Assured Only:** **സ്ത്രീ ലൈഫ് അഷ്വൂർഡിനു മാത്രം:** i. Are you pregnant? If 'Yes' please mention how many weeks: നിങ്ങൾ ഗർഭിണിയാണോ? 'അതെ' എങ്കിൽ, എത്ര ആഴ്ച ആയി എന്നു പരാമർശിക്കുക: ii. Are you suffering from any pregnancy related complications:- Any history of miscarriage, abortion or complications in previous pregnancy? ഗർഭധാരണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും സങ്കീർണതകൾ നിങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ: - ഗർഭം അലസൽ, ഗർഭ ഛിദ്രം അല്ലെങ്കിൽ മുൻ ഗർഭകാലത്തെ സങ്കീർണതകൾ എന്നിവയുടെ ചരിത്രം? 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.? സ്തനം / ഗർഭാശയം / ഗർഭാശയ മുഖം തുടങ്ങിയ ഭാഗങ്ങളിലെ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും ഒരു ഡോക്ടറെ സന്ദർശിച്ചിട്ടുണ്ടോ? മാമോഗ്രാം, അൾട്രാസൗണ്ട്, പാപ്പ് സ്മിയർ തുടങ്ങിയ ഏതെങ്കിലും പരിശോധനകൾക്ക് നിങ്ങൾ വിധേയയായിട്ടുണ്ടോ?	Yes / No അതെ /അല്ല Yes / No അതെ /അല്ല Yes / No അതെ /അല്ല	

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.

പ്രഖ്യാപനം: നിബന്ധനകൾ പ്രകാരം ഇപ്പോൾ കാലഹരണപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന, മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിയുടെ പുനരുജ്ജീവനത്തിനായി ഞാൻ ഇതിനാൽ അപേക്ഷിക്കുന്നു. അത്തരം പുനരുജ്ജീവനത്തിനുള്ള അടിസ്ഥാനമെന്ന നിലയിൽ, മേൽപ്പറഞ്ഞ ഓരോ ബോധിപ്പിക്കലുകളും പ്രസ്താവനകളും ശരിയും സത്യവും ആണെന്നും ഓരോ ഉത്തരത്തിന്റെയും എല്ലാ വിശദാംശങ്ങളും മനസിലാക്കിയതിനുശേഷമാണ് ഞാൻ പൂർണ്ണമായും പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ളതെന്നും ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. കമ്പനി ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, പോളിസി പുനരുജ്ജീവനം പരിഗണിക്കുന്നതിനായി ഞാൻ കൂടുതൽ രേഖകൾ സമർപ്പിക്കുകയോ കൂടുതൽ മെഡിക്കൽ പരിശോധനകൾക്ക് വിധേയനാകുകയോ ചെയ്യേണ്ടിവരുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഇവിടെ നടത്തിയ ഏതെങ്കിലും പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ എന്നിവ അസത്യമാണെന്ന് കണ്ടെത്തിയാലോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും സാരവത്തായ വസ്തുത മറച്ചു വച്ചതാതായി കണ്ടെത്തിയാലോ പോളിസിയുടെ പുന:സ്ഥാപനം റദ്ദാക്കാനോ, അത്തരം പുന: സ്ഥാപനത്തിലൂടെ ഉണ്ടാകുന്ന ക്ലെയിം ഉണ്ടെങ്കിൽ അത് നിരസിക്കാനോ കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. അത്തരം പുന: സ്ഥാപനം അസാധുവായതായി കണക്കാക്കപ്പെടുകയും കൂടാതെ കമ്പനി നൽകിയ എല്ലാ പണവും കമ്പനി കണ്ടു കെട്ടുന്നതുമായിരിക്കും. കരാറിന്റെ നിലവിലുള്ള നിബന്ധനകൾ കൂടാതെയുള്ള നിബന്ധനകളിൻമേൽ പോളിസി പുനരുജ്ജീവിപ്പിക്കുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ പോളിസി പുനരുജ്ജീവിപ്പിക്കാതിരിക്കാനോ കമ്പനിക്ക് എല്ലാ അവകാശവുമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു. കാലഹരണപ്പെട്ട പോളിസിയുടെ പുനരുജ്ജീവനം അംഗീകരിച്ച തീയതി മുതൽ ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ, ലൈഫ് അഷ്വേർഡ് ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ വിവേകത്തോടെയോ വിഭ്രാന്തിയാലോ ആത്മഹത്യ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ, കമ്പനിയുടെ ബാബാധ്യത സറണ്ടർ മൂല്യത്തിലേക്ക് (അല്ലെങ്കിൽ) പോളിസിയിൽ സമാഹരിച്ച ഫണ്ട് മൂല്യം എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ അതിലേക്ക് പരിമിതപ്പെടുത്തുമെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ആപ്ലിക്കേഷനുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് നടത്തിയതോ നടത്താനുള്ളതോ ആയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റ് ഡെപ്പോസിറ്റായി മാത്രമേ പരിഗണിക്കൂ എന്നും ഈ അപേക്ഷ കമ്പനി അംഗീകരിക്കുകയും അതുസംബന്ധിച്ച അറിയിപ്പ് ഉണ്ടാകുകയും ചെയ്യുന്നതുവരെ ഇക്കാര്യത്തിൽ കമ്പനിക്ക് ഒരു ബാധ്യതയും ഇല്ലെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ അപേക്ഷ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് നടത്തിയ മുകളിൽ പറഞ്ഞ ഡെപ്പോസിറ്റ് തുകയുടെ റീഫണ്ട് പലിശയില്ലാതെ സ്വീകരിക്കാനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

Signature of Life assured*:___________________
ലൈഫ് അഷ്വേർഡിൻറെ ഒപ്പ് *:

(*****To be signed by Policy holder, if life assured is Minor)
(* ലൈഫ് അഷ്വേർഡ് മൈനർ ആണെങ്കിൽ പോളിസി ഉടമ ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്)

Place and Date: ______________________________
സ്ഥലവും തീയതിയും

CONFIDENTIAL