



### Personal statement of Good Health for Revival of Lapsed policy

लॅप्स झालेल्या पॉलिसीच्या पुनरुज्जीवनासाठी चांगल्या आरोग्याचे वैयक्तिक वधान

(To be filled by Life Assured only)

(जीवन वमाधारक व्यक्तीद्वारा भरण्यासाठी)

Policy Number: \_\_\_\_\_

पॉलिसी क्रमांक:

Name of Life assured: \_\_\_\_\_

जीवन वमाधारक व्यक्तीचे नाव:

Nationality:  Indian  NRI  Other.

राष्ट्रीयत्व:  भारतीय  NRI  इतर.

Country of residence in case of NRI or Other: \_\_\_\_\_

NRI कंवा इतर व्यक्तींच्या बाबतीत निवासाचा देश:

Annual income: \_\_\_\_\_

वाषक उत्पन्न:

**Answer all the following questions applicable to life assured by ticking Yes or No.**

होय कंवा नाही वर बरोबरची खुण करून, जीवन वमाधारक व्यक्तींच्या बाबतीत लागू असलेल्या खालील सर्व प्रश्नांची उत्तरे द्या.

Q No. प्रश्न क्रमांक	Particulars तपशील	Yes/No होय / नाही	If Yes, please provide details उत्तर होय असल्यास, कृपया तपशील पुरवा
1	Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy? If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous) या पॉलिसीसाठी प्रस्तावाच्या दिनांकापासून आपण आपला व्यवसाय बदलला आहे का? उत्तर होय असल्यास, व्यवसाय आण कामाचे स्वरूप या वर्षी संपूर्ण तपशील पुरवा. (कृपया कामाचे स्वरूप धोकादायक असल्यास, व्यवसाय प्रश्नावली पुरवा)	Yes / No होय / नाही	
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? If Yes, give details of name of company, sum assured and current status आपला, कोणत्याही वमा कंपनीकडे जीवन वम्यासाठी, कंवा जीवन वम्याच्या पुनर्स्थापने (रिइंस्टेटमेंट) साठी इतर कोणताही प्रलंबित प्रस्ताव आहे का कंवा चालू पॉलिसी लॅप्स झाल्यापासून आपण वमा संरक्षण घेतले आहे का कंवा लॅप्स झालेल्या कोणत्याही पॉलिसीचे पुनरुज्जीवन केले आहे का? उत्तर होय असल्यास, कंपनीचे नाव आण वम्याची रक्कम आण सद्य स्थितीबद्दल तपशील द्या.	Yes / No होय / नाही	
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?	Yes / No होय / नाही	

To be contd

	आरोग्य / गंभीर आजार / वैयक्तिक अपघाताच्या वम्यांसाठीचा कंवा अशा वम्यांच्या पुनर्स्थापनेच्या आपल्या कोणत्याही प्रस्तावास कोणत्याही वमा कंपनीद्वारे नाकारले गेले, स्थ गत केले गेले, सुधारित केले गेले कंवा रेट केले गेले आहे का कंवा श्रीराम लाइफ इन्शुरन्सच्या कंपनी ल मटेड कंवा इतर कोणत्याही वमाकर्त्याकडे आपण अशा कोणत्याही पॉ लसीच्या अंतर्गत कधीही दावा केला आहे का?		
4	i. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____ से. मी. मध्ये उंची: क. ग्रॅ. मध्ये वजन: ii. 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 क. ग्रॅ. पेक्षा जास्त वाढले / घटले आहे काय? उत्तर 'होय' असल्यास, कृपया कारण सांगा	Yes / No होय / नाही	
5	Do you smoke or consume alcohol / tobacco / drugs / narcotics? [If 'Yes' please provide the quantity & duration since it is consumed] आपण धूमपान करता कंवा अल्कोहोल, तंबाखू / ड्रग्स / अंमली पदार्थांचे सेवन करता का? [उत्तर 'होय' असल्यास, कृपया त्याच्या सेवनास सुरुवात केल्यापासूनचे प्रमाण व कालावधी सांगा]	Y Yes / No es / No होय / नाही	
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 आपण कोणतेही उपचार / औषधोपचार घेत आहात कंवा आपण, यापूर्वी कोणतीही वैद्यकीय स्थिती / अपंगत्व कंवा वकृतीसाठी कोणताही उपचार प्राप्त केला आहे का कंवा शस्त्र क्रया करवून घेतली होती का / रुग्णालयात दाखल झाले होता का? उत्तर होय असल्यास, कृपया उपचाराचे कारण / औषधोपचार आ ण औषधाचे नाव सांगा	Yes / No होय / नाही	
7	Has your health changed since the date of signing the proposal form for this policy? If yes, please provide details या पॉ लसीच्या प्रस्तावावर स्वाक्षरी करण्याच्या दिनांकापासून आपल्या आरोग्यात बदल झाला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया तपशील पुरवा	Yes / No होय / नाही	
8	Have you ever sought advice or suffered from any of the following? आपण कधीही खालील रोगां वषयी सल्ला घेतला आहे कंवा त्यापैकी एखाद्या रोगाचा आपणास कधीही त्रास झाला आहे का? 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 / रक्ता भ्रमण प्रणाली / छातीत दुखणे / मधुमेह / कर्करोग, अर्बुद, गळू कंवा कोणतीही असामान्य वाढ / मूत्र पंड, मूत्रमार्ग, मूत्राशय कंवा पुरः स्थ ग्रंथी / डोळा, कान, नाक कंवा 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 / anycongenital or genetic disorder / physical deformity उच्च कंवा निम्न रक्तदाब कंवा उच्च कोलेस्ट्रॉल / श्वसना वषयी कंवा श्वासोच्छ्वास वषयक वकार / क्षयरोग / फट, मूर्च्छा, अपस्मार, स्ट्रोक, अर्धांगवायू यासारखे मज्जातंतू वषयक वकार / यकृत कंवा पाचक प्रणाली संबंधित वकार / अशक्तपणा कंवा रक्त वकार / थायरॉईड कंवा अंतः स्रावी वकार / मज्जातंतू वषयक कंवा मान सक वकार उदासीनता कंवा चंता / पाठीचा कणा कंवा सांधा कंवा स्नायू वकार या सारखे मज्जातंतू वषयक कंवा मान सक वकार/ कोणताही जन्मजात कंवा अनुवां शके वकार / शारीरिक वकृती iii. Any other health ailments not mentioned above वर उल्लेख न केलेले इतर कोणतेही आरोग्य वषयक आजार	Yes / No होय / नाही	

9	<p>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: या पॉलसीच्या प्रस्तावाच्या फॉर्मवर स्वाक्षरी करण्याच्या दिनांकापासून, आरोग्याच्या स्थितीत काही बदल झाले आहेत कंवा आपणावर खालीलपैकी कोणतीही बाब पार पाडण्यात आली आहे का:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hospitalization रुग्णालयात भर्ती</li> <li>Operation/Surgery ऑपरेशन / शस्त्र क्रिया</li> <li>Pathological examinations like blood test, X- ray, ECG, TMT, रक्त तपासणी, एक्स-रे, ECG, TMT,</li> <li>Angiography etc. एंजियोग्राफी इ.</li> <li>Consulted a Doctor / Specialist? If Yes, please provide relevant details आपण डॉक्टरांचा / तज्ञांचा सल्ला घेतला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया संबंधित तपशील पुरवा</li> </ol>	Yes / No होय / नाही	
10	<p>Were you or your spouse ever tested positive for Hepatitis B or C, HIV, AIDS or any other Sexually transmitted disease? आपले कंवा आपल्या जोडीदाराचे कधीही हिपेटायटीस B कंवा C, HIV, AIDS कंवा इतर कोणत्याही लें गक संसर्गासाठी सकारात्मक परीक्षण केले गेले होते का?</p>	Yes / No होय / नाही	
11	<p>Have you travelled or intend to travel out of India for any purpose other than vacation? If yes, please provide travel questionnaire आपण सुट्टी शवाय इतर कोणत्याही हेतूने, भारताबाहेर प्रवास केला आहे कंवा प्रवास करण्याचा वचार केला आहे का? उत्तर होय असल्यास, कृपया प्रवासाची प्रश्नावली पुरवा</p>	Yes / No होय / नाही	
12	<p><b>For Female Life Assured Only:</b> केवळ महिला जीवन वमाधारकासाठी:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Are you pregnant? If 'Yes' please mention how many weeks: आपण गर्भवती आहात का? उत्तर होय असल्यास, तर आपण कती आठवड्यांच्या गर्भवती आहात, त्याचा उल्लेख करा:</li> <li>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 ( मसकरेज), गर्भपात कंवा मागील गर्भधारणेतील गुंतागुंत या बाबींचा कोणताही इतिहास आहे का?</li> <li>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, अल्ट्रासाऊंड, पॅप स्मीअर इत्यादी कोणत्याही चाचण्या करवून घेतल्या आहेत का?</li> </ol>	Yes / No Yes / No होय / नाही होय / नाही Yes / No होय / नाही	

**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 पॉलसीच्या पुनरुज्जीवनासाठी अर्ज करत आहे. ही पॉलसी आता तिच्या मुदतीच्या अंतर्गत लॅप्स झाली आहे. अशा पुनरुज्जीवनाचा आधार म्हणून, मी येथे असे जाहीर करतो करते / की वर नमूद करण्यात आलेली कंवा संदर्भित करण्यात आलेली प्रत्येक सादरीकरणे आण वधाने, खरी व योग्य आहेत आण मी प्रत्येक प्रश्न समजून घेतल्यानंतरच, त्याचा सर्व तपशील पूर्णपणे सांगतला आहे. मला समजले आहे की, जर कंपनीची इच्छा असेल, तर पुनरुज्जीवनावर वचार केला जाण्यासाठी, मला पुढील कागदपत्रे सादर करावी लागतील / पुढील वैद्यकीय चाचण्या करून घ्याव्या लागतील. मी या बाबींशी सहमत आहे की जर येथे नमूद केलेली कोणतीही वधाने,

उत्तरे कंवा घोषणा चुकीच्या असल्याचे आढळले कंवा कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती दडपून ठेवल्याचे दिसून आले, तर कंपनीला पॉलसीची पुनर्स्थापना (रिइंस्टेटमेंट) रद्द करण्याचा कंवा अशा पुनर्स्थापने (रिइंस्टेटमेंट) मुळे निर्माण एखादा दावा, जर एखादा असेल तर, फेटाळण्याचा अधिकार असेल, आण अशा पुनर्स्थापने (रिइंस्टेटमेंट)स रद्दबातल मानले जाईल आण तिच्यासाठी भरण्यात आलेले सर्व पैसे कंपनीद्वारे जप्त केले जातील. मी या बाबीशी सहमत आहे की, कराराच्या वद्यमान अटीच्या व्यतिरिक्त अन्य अटीच्या नुसार पॉलसी पुनरुज्जीवित करण्याचा कंवा असे पुनरुज्जीवन नाकारण्याचा कंपनीला सर्व हक्क आहे. मी ही बाब मान्य करतो / करते की, जर लॅप्स झालेल्या पॉलसीचे पुनरुज्जीवन केल्याच्या दिनांकापासून एका वर्षाच्या आत, मग शहाणपणाच्या स्थितीत कंवा वेडसरपणाच्या स्थितीत असो, जीवन वमा धारकाने कोणत्याही कारणास्तव आत्महत्या केल्यास, कंपनीचे उत्तरदायित्व समर्पण मूल्य (सरेंडर व्हॅल्यू) (कंवा) जर पॉलसीवर काही जमा झालेले असेल, तर अशा फंड मुल्यापर्यंत मर्यादित असेल. मी पुढे सहमत आहे की, या अर्जाच्या संदर्भात करण्यात आलेल्या कंवा करावयाच्या कोणत्याही पेमेंटला फक्त ठेव म्हणून समजले जाईल आण या अर्जाला शेवटी कंपनीद्वारे मंजूर करेपर्यंत आण त्याची माहिती कळवेपर्यंत, कंपनी बांधील राहणार नाही. हा अर्ज मंजूर न झाल्यास, मी यासंबंधात वर भरणा केलेल्या ठेवीची रक्कम, व्याजा शयाव, परत स्वीकारण्यास देखील सहमत आहे:

Signature of Life assured\*: \_\_\_\_\_

जीवन वमाधारकाची स्वाक्षरी\*:

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

(\*जीवन वमाधारक अज्ञान असल्यास, पॉलसीधारकाची स्वाक्षरी)

Place and Date: \_\_\_\_\_

ठिकाण आण दिनांक:

CONFIDENTIAL