



Personal statement of Good Health for Revival of Lapsed policy

**கெடு தீர்ந்த காப்பீடு (லேப்சூடு பாலிசி) ஆவணத்திற்கான
நல்ல ஆரோக்கியம் பற்றிய தனிப்பட்ட அறிக்கை**

(To be filled by Life Assured only)

(ஆயுள் உறுதி செய்யப்பட்டவர்களால் மட்டுமே நிரப்பப்பட வேண்டும்)

Policy Number: _____

பாலிசி எண்

Name of Life assured: _____

ஆயுள் உறுதி செய்யப்பட்டவரின் பெயர்

Nationality: Indian NRI Other.

நாட்டுரிமை இந்தியன் என்ஆர்ஐ (NRI) மற்றவர்கள்

Country of residence in case of NRI or Other: _____

என்ஆர்ஐ (NRI) அல்லது மற்றவர்களாக இருப்பின் அவர்கள் வாழும் நாடு

Annual income: _____

ஆண்டு வருமானம்

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

ஆம் அல்லது இல்லை என்பதைத் தேர்ந்தெடுப்பதன் மூலம் ஆயுள் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட பின்வரும் எல்லா கேள்விகளுக்கும் பதிலளிக்கவும்.

Q No. வி எண்.	Particulars விபரங்கள்	Yes/No ஆம்/ இல்லை	If Yes, please provide details ஆம் எனில், தயவுசெய்து விபரங்களை அளிக்கவும்
1	Have you changed your occupation since the date of proposal for this policy? இந்த பாலிசிக்கான திட்ட அறிக்கை நாளிலிருந்தே உங்கள் தொழிலை நீங்கள் மாற்றிக் கொண்டிருக்கிறீர்களா? If yes, provide complete details on occupation and nature of duties. (please provide occupation questionnaire if nature of work is hazardous) ஆம் எனில், தொழில் மற்றும் கடமைகளின் தன்மை குறித்த முழுமையான விவரங்களை வழங்கவும். (வேலையின் தன்மை அபாயகரமானதாக இருந்தால் தயவுசெய்து தொழிலுக்கான வினாத்தாளை வழங்கவும்)	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
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? எந்தவொரு காப்பீட்டாளரிடமும் நிலுவையில் உள்ள ஆயுள் காப்பீட்டிற்கான வேறு ஏதேனும் திட்டம் உங்களிடம் உள்ளதா? அல்லது தற்போதைய பாலிசி முடிந்ததிலிருந்து நீங்கள் காப்பீட்டுத் தொகையை எடுத்துள்ளீர்களா அல்லது ஏதேனும் கெடு முடிந்த பாலிசியை புதுப்பித்தீர்களா? If Yes, give details of name of company, sum assured and current status ஆம் எனில், உறுதிப் பணம் மற்றும் தற்போதைய நிலை நிறுவனத்தின் பெயர் போன்ற விபரங்களைக் கொடுக்கவும்	Yes / No ஆம்/ இல்லை	

3	<p>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?</p> <p>காப்பீடு அல்லது ஆயுள் / உடல்நலம் / சிக்கலான நோய் / தனிப்பட்ட விபத்து ஆகியவை மூலம் வாழ்க்கையை மீண்டும் நிலைநிறுத்துவதற்கான உங்கள் திட்டம் ஏதேனும் உள்ளதா, எந்தவொரு காப்பீட்டு நிறுவனத்தாலும் காப்பீடு மறுக்கப்பட்டுள்ளது, ஒத்திவைக்கப்பட்டுள்ளது, மாற்றியமைக்கப்பட்டுள்ளது அல்லது மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது அல்லது ஸ்ரிராம் லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் அல்லது வேறு ஏதேனும் காப்பீட்டாளரிடம் இதுபோன்ற காப்பீட்டுக் கொள்கையின் கீழ் நீங்கள் எப்போதாவது உரிமை கோரினீர்களா?</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
4	<p>i. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____ உயரம் செ.மீ-ல்(cms): எடை கிலோவில்(kgs):</p> <p>ii. Has your weight increased / decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason கடந்த 12 மாதங்களில் உங்களின் எடையானது 5kg க்கும் அதிகரித்துள்ளதா / குறைந்துவிட்டதா? ஆம் எனில், தயவுசெய்து அதற்கான காரணத்தை அறிக்கையில் குறிப்பிடவும்</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
5	<p>Do you smoke or consume alcohol/tobacco/drugs/narcotics? [If 'Yes' please provide the quantity & duration since it is consumed] நீங்கள் மது / புகையிலை / மருந்துகள் / போதைப்பொருட்களை புகைக்கிறீர்களா அல்லது உட்கொள்கிறீர்களா? [ஆம் எனில் தயவு செய்து எடுத்துக்கொள்ளும் அளவு மற்றும் கால வரையறை குறித்து தகவல்களை வழங்கவும்]</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
6	<p>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 நீங்கள் ஏதேனும் சிகிச்சை / மருந்துகளைப் பெறுகிறீர்களா அல்லது கடந்த காலத்தில் எந்தவொரு சிகிச்சையையும் பெற்றிருக்கிறீர்களா அல்லது அறுவை சிகிச்சைக்கு உட்படுத்தப்பட்டீர்களா / எந்தவொரு மருத்துவ நிலை / இயலாமை அல்லது குறைபாட்டிற்காக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? ஆம் எனில், தயவு செய்து மருத்துவசிகிச்சை/மருந்துக்கான காரணத்தையும் மற்றும் மருந்தின் பெயரையும் வழங்கவும்</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
7	<p>Has your health changed since the date of signing the proposal form for this policy? If yes, please provide details இந்த பாலிசிக்கான முன்மொழிவு படிவத்தில் கையெழுத்திட்ட நாளில் இருந்து உங்கள் உடல்நிலை மாறியிருக்கிறதா? ஆம் எனில், தயவுசெய்து விபரங்களை அளிக்கவும்</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
8	<p>Have you ever sought advice or suffered from any of the following? நீங்கள் எப்போதாவது அட்வைஸை நாடியிருக்கிறீர்களா அல்லது பின்வருவனவற்றில் ஏதேனும் பாதிக்கப்பட்டிருக்கீர்களா?</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 இதயம் சம்பந்தப்பட்ட நோய்/ சுற்றோட்ட அமைப்பு / மார்பு வலி / நீரிழிவு / புற்றுநோய், கட்டி, நீர்க்கட்டி அல்லது ஏதேனும் அசாதாரண வளர்ச்சி / சிறுநீரகம், சிறுநீரககுழாய், சிறுநீர்ப்பை அல்லது புரோஸ்டேட் /</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	

	<p>கண், காது, மூக்கு அல்லது தொண்டை தொடர்பான நோய்கள்</p> <p>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 உயர் அல்லது குறைந்த இரத்த அழுத்தம் அல்லது அதிக கொழுப்பு / சுவாச அல்லது சுவாசக் கோளாறுகள் / காசநோய் / நரம்பியல் கோளாறுகள் , வலிப்பு, மயக்கம், கால்-கை வலிப்பு, பக்கவாதம், பக்கவாதம் / கல்லீரல் அல்லது செரிமான அமைப்பு தொடர்பான கோளாறுகள் / இரத்த சோகை அல்லது இரத்தக் கோளாறுகள் / தைராய்டு அல்லது நாளமில்லா கோளாறு / நரம்பியல் அல்லது உளவியல் கோளாறுகள் மனச்சோர்வு அல்லது பட்டம் / முதுகெலும்பு அல்லது மூட்டு அல்லது தசைகள் கோளாறுகள் / எந்தவொரு பிறவி அல்லது மரபணு கோளாறு / உடல் குறைபாடு போன்றவை</p> <p>iii. Any other health ailments not mentioned above மேலே குறிப்பிடப்படாத வேறு எந்த உடல் சம்பந்தப்பட்ட வியாதிகளும்</p>		
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:</p> <p>இந்தக் கொள்கைக்கான முன்மொழிவு படிவத்தில் கையெழுத்திட்ட தேதி முதல், சுகாதார நிலையில் ஏதேனும் மாற்றம் ஏற்பட்டுள்ளதா, அல்லது பின்வருவனவற்றில் ஏதேனும் ஒன்றை நீங்கள் அனுபவித்திருக்கிறீர்களா:</p> <p>i. Hospitalization மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுதல்</p> <p>ii. Operation/Surgery ஆபரேஷன்/அறுவை சிகிச்சை</p> <p>iii. Pathological examinations like blood test, X- ray, ECG, TMT, ரத்த பரிசோதனை, எக்ஸ்ரே, ஈ.சி.ஜி, டி.எம்.டி, போன்ற நோயியல் பரிசோதனைகள்.</p> <p>iv. Angiography etc. ஆஞ்சியோகிராபி போன்றவை.</p> <p>v. Consulted a Doctor/ Specialist? If Yes, please provide relevant details ஒரு மருத்துவர் / நிபுணரை அணுகினீர்களா? ஆம் எனில், அது சம்பந்தப்பட்ட தகவல்களை தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
10	<p>Were you or your spouse ever tested positive for Hepatitis B or C, HIV, AIDS or any other Sexually transmitted disease?</p> <p>ஹெபடைடிஸ் பி அல்லது சி, எச்.ஐ.வி, எய்ட்ஸ் அல்லது வேறு ஏதேனும் பாலியல் பரவும் நோய்களுக்கு நீங்களோ அல்லது உங்கள் மனைவியோ எப்போதாவது சோதனை செய்திருக்கிறீர்களா?</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	
11	<p>Have you travelled or intend to travel out of India for any purpose other than vacation? If yes, please provide travel questionnaire</p> <p>விடுமுறையைத் தவிர வேறு எந்த நோக்கத்திற்காகவும் நீங்கள் பயணம் செய்திருக்கிறீர்களா அல்லது இந்தியாவுக்கு வெளியே பயணிக்க விரும்புகிறீர்களா? ஆம் எனில், பயண வினாத்தாளை வழங்கவும்</p>	Yes / No ஆம்/ இல்லை	

12	<p>For Female Life Assured Only: பெண்களுக்கான ஆயுள் காப்பீடு மட்டும்:</p> <p>i. Are you pregnant? If 'Yes' please mention how many weeks: நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில் எத்தனை வாரங்கள் என்பதை தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்:</p> <p>ii. Are you suffering from any pregnancy related complications:- Any history of miscarriage, abortion or complications in previous pregnancy? நீங்கள் கர்ப்பம் தொடர்பான ஏதேனும் சிக்கல்களால் பாதிக்கப்பட்டு இருக்கிறீர்களா:- கருச்சிதைவு, கருக்கலைப்பு அல்லது முந்தைய கர்ப்பத்தில் ஏதேனும் சிக்கல்கள் பற்றிய விவரக்குறிப்பு இருக்கிறதா?</p> <p>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.? மார்பக / கருப்பை / கருப்பை வாய் போன்ற ஏதேனும் பிரச்சினைகளுக்கு நீங்கள் எப்போதாவது ஒரு மருத்துவ பயிற்சியாளரை சந்தித்திருக்கிறீர்களா? மாமோகிராம், அல்ட்ராசவுண்ட், பாப்ஸ்மியர் போன்ற ஏதாவது சோதனைகளுக்கு உட்பட்டிருக்கிறீர்களா?</p>	<p>Yes / No ஆம்/ இல்லை</p> <p>Yes / No ஆம்/ இல்லை</p> <p>Yes / No ஆம்/ இல்லை</p>	
----	--	--	--

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.

அறிவிப்பு: மேலே குறிப்பிட்ட பாலிசியினை புதுப்பித்தலுக்காக நான் இதன் மூலம் விண்ணப்பிக்கிறேன், இப்போது அதன் விதிமுறைகளின் கீழ் முடிவடைகிறது. அத்தகைய புதுப்பித்தலுக்கு அடிப்படையாக, மேற்கூறிய பிரதிநிதித்துவங்கள் மற்றும் அறிக்கைகள் ஒவ்வொன்றும் உண்மை அல்லது சரியானவை என்று நான் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன், மற்றும் ஒவ்வொரு பதிலின் அனைத்து விபரங்களையும் அதே மாதிரி புரிந்து கொண்ட பின்னர் நான் முழுமையாகக் கூறியுள்ளேன். ஒரு வேளை நிறுவனம் விரும்பினால், நான் மேற்கண்ட ஆவணங்களை சமர்ப்பிக்க வேண்டும்/மருத்துவ சிகிச்சைக்கு மேலும் உட்படுத்தவும், புதுப்பித்தல் பற்றிய கருத்தினை நான் புரிந்து கொள்கிறேன். அறிக்கைகள் ஏதேனும் இருந்தால், பதில்கள் அல்லது அறிவிப்புகள் ஆனது பொய்யானவை அல்லது ஏதேனும் பொருளைப் பற்றிய உண்மை மறைக்கப்படுவது கண்டறியப்பட்டால், பாலிசியை மீண்டும் நிறுவுவதை ரத்து செய்ய நிறுவனத்திற்கு உரிமை உண்டு அல்லது அத்தகைய மறுசீரமைப்பிலிருந்து எழும் உரிமைகோரல் ஏதேனும் இருந்தால் அதை நிராகரிக்கவும் அத்தகைய மறுசீரமைப்பு பூஜ்ய மற்றும் வெற்றிடமாக கருதப்படும் மேலும் அதில் செலுத்தப்பட்ட அனைத்து பணமும் நிறுவனத்திற்கு பறிமுதல் செய்யப்படும் என்பதை நான் ஒப்புக் கொள்கிறேன். ஒப்பந்தத்தின் தற்போதைய விதிமுறைகளைத் தவிர வேறு விதிமுறைகளில் பாலிசியை புதுப்பிக்க அல்லது புதுப்பித்தலை நிராகரிக்க நிறுவனத்திற்கு ஒவ்வொரு உரிமையும் உள்ளது என்பதை நான் இதன்மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன். புதுப்பித்தல் பாலிசியை அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஒரு வருடத்திற்குள் நல்ல மனநிலை அல்லது பைத்தியம் போன்ற எந்தவொரு காரணத்திற்காகவும் ஆயுள் காப்பீட்டாளர் தற்கொலை செய்து கொண்டால், பாலிசியில் இருந்து கிடைக்கும் நிதி மதிப்பு, ஏதேனும் இருந்தால் (அல்லது) அதனை நிறுவனத்தின் பொறுப்பு சரணடைதல் மதிப்புக்கு மட்டுப்படுத்தப்படும் என்பதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன். இந்த விண்ணப்பம் இறுதியாக நிறுவனத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்டு மற்றும் நிறுவனத்தால் தொடர்பு கொள்ளும் வரை இந்த விண்ணப்பத்துடன் எந்தவொரு கட்டணமும் செலுத்தப்பட வேண்டும் அல்லது செலுத்தப்பட வேண்டும் என்பது வைப்புத்தொகை தொடர்பாக மட்டுமே கருதப்படும் என்பதையும் மற்றும் நிறுவனத்தோடு பிணைக்கக்கூடாது என்பதையும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன். இந்த விண்ணப்பத்தை அங்கீகரிப்பதாமல் இருக்கும் போது, மேற்கண்ட வைப்புத் தொகையுடன் தொடர்புடைய வட்டி இல்லாமல் திரும்பப் பெறுவதையும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

Signature of Life assured*: _____

ஆயுள்தாரரின் கையொப்பம் *:

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

(*ஆயுள்தாரர் மைனராக இருந்தால் பாலிசி வைத்திருப்பவர் கையெழுத்திட வேண்டும்)

Place and Date: _____

இடம் மற்றும் தேதி: