



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

**ల్యాప్స్ అయిపోయిన పాలసీ పునరుద్ధరణకు గుడ్ హెల్త్ యొక్క వ్యక్తిగత ప్రకటన**

(To be filled by Life Assured only)

(లైఫ్ అస్యూర్డ్ ద్వారా మాత్రమే నింపబడాలి)

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

పాలసీ నంబర్:

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

లైఫ్ అస్యూర్డ్ యొక్క పేరు:

Nationality:  Indian  NRI  Other.

జాతీయత:  భారతీయులు  ఎన్ఆర్ఐ  ఇతరులు.

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

ఎన్ఆర్ఐ లేదా ఇతరులు అయితే నివాస దేశం:

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

వార్షిక ఆదాయం:

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

**అవును లేదా కాదు అని టిక్ చేయడం ద్వారా లైఫ్ అస్యూర్డ్ కు వర్తించే అన్ని ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి.**

Q No. ప్ర. నం.	Particulars వివరాలు	Yes/No అవును /కాదు	If Yes, please provide details అవును అయితే, దయచేసి వివరాలను అందించండి
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) ఈ పాలసీ కోసం ప్రతిపాదన తేదీ నుండి మీరు మీ వృత్తిని మార్చారా? అవును అయితే, వృత్తి మరియు విధుల స్వభావంపై పూర్తి వివరాలను అందించండి. (పని స్వభావం ప్రమాదకరంగా ఉంటే దయచేసి వృత్తి ప్రశ్నావళిని అందించండి)	Yes / No అవును /కాదు	
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 మీకు ఏదైనా బీమా సంస్థతో జీవిత బీమా కోసం వేరే ఏమైనా ప్రతిపాదన లేదా రిఇన్స్టాట్మెంట్ పెండింగ్లో ఉందా లేదా ప్రస్తుత పాలసీ ముగిసినప్పటి నుండి మీరు బీమా కవర్ తీసుకున్నారా లేదా ఏదైనా లాప్స్ అయిన పాలసీని పునరుద్ధరించారా? అవును అయితే, కంపెనీ పేరు, హామీ ఇవ్వబడిన మొత్తం మరియు ప్రస్తుత స్థితి వివరాలను ఇవ్వండి	Yes / No అవును /కాదు	
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 అవును /కాదు	

To be contd

	<p>ఏదైనా బీమా సంస్థ ద్వారా బీమా కోసం ప్రతిపాదన లేదా జీవిత/ ఆరోగ్య / తీవ్రమైన అనారోగ్యం / వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా యొక్క రిఇన్స్ట్ర్మెంట్ తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, సవరించబడిందా లేదా రేటింగ్ చేయబడిందా లేదా మీరు ఎప్పుడైనా అటువంటి ఏదైనా బీమా పాలసీ క్రింద శ్రీరామ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లేదా మరేదైనా బీమా సంస్థతో ఏదైనా క్లెయిమ్ చేసారా?</p>		
4	<p>i. Height in cms: _____ Weight in Kgs: _____ సెంటీమీటర్లలో ఎత్తు: _____ కిలోగ్రాములలో బరువు: _____</p> <p>ii. Has your weight increased / decreased more than 5 kg in last 12 months? If 'Yes' Please state, the reason గత 12 నెలల్లో మీ బరువు 5 కిలోల కంటే ఎక్కువ పెరిగిందా/తగ్గిందా? 'అవును' అయితే, కారణం చెప్పండి</p>	Yes / No అవును /కాదు	
5	<p>Do you smoke or consume alcohol/tobacco/drugs/narcotics? [If 'Yes' please provide the quantity &amp; duration since it is consumed] మీరు ధూమపానం చేస్తారా లేదా మద్యం / పొగాకు / డ్రగ్స్ / మాదకద్రవ్యాలను సేవిస్తారా? ['అవును' అయితే పరిమాణం మరియు అది వినియోగించినప్పటి నుండి వ్యవధిని అందించండి.]</p>	Yes / No అవును /కాదు	
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 మీరు ఏదైనా చికిత్స / ఔషధాలను అందుకుంటున్నారా లేదా గతంలో ఏదైనా వైద్య పరిస్థితి/ వైకల్యం లేదా అంగవికృతి కోసం శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్నారా/ ఆసుపత్రిలో చేరారా? అవును అయితే, దయచేసి చికిత్స/ మందులకు కారణం మరియు ఔషధం యొక్క పేరు తెలపండి</p>	Yes / No అవును /కాదు	
7	<p>Has your health changed since the date of signing the proposal form for this policy? If yes, please provide details ఈ పాలసీ కోసం ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో సంతకం చేసిన తేదీ నుండి మీ ఆరోగ్యం మారిందా? అవును అయితే, దయచేసి వివరాలను అందించండి</p>	Yes / No అవును /కాదు	
8	<p>Have you ever sought advice or suffered from any of the following? కిందివాటిలో దేని గురించైనా మీరు ఎప్పుడైనా సలహా కోరారా లేదా దానితో బాధపడ్డారా?</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 గుండె/ ప్రసరణ వ్యవస్థ / ఛాతీ నొప్పి/ డయాబిటీస్/ క్యాన్సర్, కణితి, తిత్తి లేదా ఏదైనా అసాధారణ పెరుగుదల/ మూత్రపిండాలు, యురేటర్ మూత్రాశయం లేదా ప్రోస్టేట్/ కన్ను, చెవి, ముక్కు లేదా గొంతుకు సంబంధించిన వ్యాధులు</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 అధిక లేదా తక్కువ రక్తపోటు లేదా అధిక కొలెస్ట్రాల్/ శ్వాసకోశ లేదా శ్వాస రుగ్మతలు/ క్షయ / ఫిట్స్, సొమ్మసిల్లిపడిపోవడం, మూర్చ, స్ట్రోక్, పక్షవాతం వంటి నాడీవ్యవస్థ సంబంధిత రుగ్మతలు / కాలేయం లేదా జీర్ణవ్యవస్థ సంబంధిత రుగ్మతలు / రక్తహీనత లేదా రక్త రుగ్మతలు / డైరాయిడ్ లేదా ఎండోక్రైన్ రుగ్మత / నిరాశ లేదా ఆందోళన వంటి నాడీవ్యవస్థ సంబంధిత లేదా మానసిక రుగ్మతలు / వెన్నెముక లేదా కీళ్ళు లేదా కండరాల రుగ్మతలు / ఏదైనా పుట్టుకతోవచ్చిన లేదా జన్మపరమైన రుగ్మత / శారీరక అంగవికృతి</p> <p>iii. Any other health ailments not mentioned above</p>	Yes / No అవును /కాదు	

	పైన పేర్కొనబడని ఏవైనా ఇతర ఆరోగ్య సంబంధిత వ్యాధులు		
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>ఈ పాలసీ కోసం ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో సంతకం చేసిన తేదీ నుండి, ఆరోగ్య స్థితిలో ఏమైనా మార్పులు జరిగాయో లేదా మీరు ఈ క్రింది వాటిలో దేనినైనా చేయించుకున్నారా:</p> <p>i. Hospitalization ఆసుపత్రిలో చేరడం</p> <p>ii. Operation/Surgery ఆపరేషన్ / సర్జరీ</p> <p>iii. Pathological examinations like blood test, X- ray, ECG, TMT, రక్త పరీక్ష, ఎక్స్-రే, ECG, TMT, వంటి రోగలక్షణ పరీక్షలు</p> <p>iv. Angiography etc. యాంజియోగ్రఫీ మొదలైనవి.</p> <p>v. Consulted a Doctor/ Specialist? If Yes, please provide relevant details డాక్టర్ / స్పెషలిస్టును సంప్రదించారా? అవును అయితే, దయచేసి సంబంధిత వివరాలను అందించండి</p>	Yes / No అవును /కాదు	
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>మీరు లేదా మీ జీవిత భాగస్వామి ఎప్పుడైనా హెపటైటిస్ బి లేదా సి, HIV, AIDS లేదా మరేదైనా ఇతర లైంగిక సంక్రమణ వ్యాధికి పాజిటివ్‌గా పరీక్షించబడ్డారా?</p>	Yes / No అవును /కాదు	
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>మీరు సెలవు సమయం కోసం మినహా మరేదైనా ప్రయాణం కోసం భారతదేశం నుండి బయటికి ప్రయాణించారా లేదా ప్రయాణించాలనుకుంటున్నారా? అవును అయితే, దయచేసి ప్రయాణ ప్రశ్నావళిని అందించండి</p>	Yes / No అవును /కాదు	
12	<p><b>For Female Life Assured Only:</b> <b>మహిళా లైఫ్ అస్యూర్డ్ కోసం మాత్రమే:</b></p> <p>i. Are you pregnant? If 'Yes' please mention how many weeks: మీరు గర్భవతిగా ఉన్నారా? 'అవును' అయితే ఎన్ని వారాలు అనేది పేర్కొనండి:</p> <p>ii. Are you suffering from any pregnancy related complications:- Any history of miscarriage, abortion or complications in previous pregnancy? మీరు ఏవైనా గర్భధారణ సంబంధిత సమస్యలతో బాధపడుతున్నారా: - మునుపటి గర్భధారణలో గర్భపాతము, గర్భస్రావం లేదా సమస్యల చరిత్ర ఏదైనా ఉందా?</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.? ఏవైనా రొమ్ము/ గర్భకోశము/ గర్భాశయము మొదలైనవాటి సమస్యల కోసం మీరు ఎప్పుడైనా ఒక వైద్య నిపుణులను సంప్రదించారా? మీరు మామోగ్రామ్, అల్ట్రాసౌండ్, పాప్ స్మెర్ మొదలైన పరీక్షలలో ఏదైనా చేయించుకున్నారా?</p>	Yes / No అవును /కాదు  Yes / No అవును /కాదు  Yes / No అవును /కాదు	

**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.

**ప్రకటన:** ఇందుమూలముగా నేను పైన పేర్కొన్న పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నాను, దాని నిబంధనల ప్రకారం ఇప్పుడు అది ముగిసింది. అటువంటి పునరుద్ధరణకు ఆధారంగా, పైన చేయబడిన లేదా సూచించబడిన ప్రాతినిధ్యాలు మరియు ప్రకటనలు ప్రతి ఒక్కటి నిజం మరియు సరైనవి అని మరియు ప్రతి జవాబు యొక్క అన్ని వివరాలను అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను పూర్తిగా పేర్కొన్నానని ఇందుమూలముగా నేను ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ కంపెనీ అలా కోరుకుంటే, పునరుద్ధరణను పరిగణించబడటానికి, నేను మరిన్ని డాక్యుమెంటులు సమర్పించవలసి ఉంటుంది / మరిన్ని వైద్య పరీక్షలు చేయించుకోవలసి ఉంటుంది నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఇక్కడ చేసిన ఏదైనా ప్రకటనలు, సమాధానాలు లేదా వెల్లడింపులు అవాస్తవమని తేలితే లేదా ఏదైనా భౌతిక వాస్తవం అణచివేయబడిందని తేలితే, పాలసీ యొక్క రిఇన్స్ట్రాక్షన్లను రద్దు చేయడానికి లేదా అటువంటి రిఇన్స్ట్రాక్షన్ల నుండి తలెత్తే క్లెయిమ్, ఏదైనా ఉంటే, తిరస్కరించడానికి కంపెనీకి అర్హత ఉంటుంది మరియు అటువంటి రిఇన్స్ట్రాక్షన్ల శూన్యమైనది మరియు చెల్లనిదిగా పరిగణించబడుతుంది మరియు అందుకు చెల్లించిన డబ్బులు అంతా కంపెనీకి జప్తు చేయబడుతుంది అని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. కాంట్రాక్టు యొక్క ప్రస్తుత నిబంధనలు కాకుండా ఇతర నిబంధనలపై పాలసీని పునరుద్ధరించడానికి లేదా పునరుద్ధరణను తిరస్కరించడానికి కంపెనీకి ప్రతి హక్కు ఉందని నేను ఇందుమూలముగా అంగీకరిస్తున్నాను. ల్యాప్స్ అయిన పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ కోసం అంగీకరించిన తేదీ నుండి ఒక సంవత్సరంలోపు, లైఫ్ అస్యూర్డ్, వివేకంతో లేదా అవివేకంతో, ఏదైనా కారణం చేత ఆత్మహత్య చేసుకుంటే, కంపెనీ యొక్క బాధ్యత సరెండర్ విలువ (లేదా) పాలసీ పై కూడుకున్న ఫండ్ విలువ, ఏదైనా ఉంటే, అందుకు పరిమితం చేయబడుతుందని నేను ఇందుమూలముగా అంగీకరిస్తున్నాను. ఈ అప్లికేషన్కు సంబంధించి చేసిన లేదా చేయవలసిన ఏదైనా చెల్లింపు డిపాజిట్గా మాత్రమే పరిగణించబడుతుందని మరియు ఈ అప్లికేషన్ చివరకు కంపెనీ ఆమోదించబడి, తెలియపరచబడే వరకు కంపెనీని బాధ్యులను చేయనని కూడా నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఈ అప్లికేషన్ ఆమోదించబడకపోతే, ఇందు నిమిత్తం చేసిన పై డిపాజిట్ మొత్తాన్ని, వడ్డీ లేకుండా రిఫండ్ ఆమోదించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

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

లైఫ్ అస్యూర్డ్ యొక్క సంతకం \*:

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

(\*, లైఫ్ అస్యూర్డ్ మైనర్ అయితే పాలసీదారు సంతకం చేయాలి)

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

స్థలం మరియు తేదీ: