

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ડક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (ગંભીર માંદગાના દાવા માટે)

વ્યક્તિગત વિગતો

Name of the patient: _____ દર્દીનું નામ: _____			
Father / Spouse's Name _____ પિતા / જીવનસાથીનું નામ: _____			
Age: _____ ઉંમર: _____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female લિંગ: પુરુષ સ્ત્રી	
Address: / સરનામું: _____			
City _____ શહેર _____	State _____ રાજ્ય _____	Country _____ દેશ _____	PIN Code: _____ પિન કોડ: _____

Hospital Details / હોસ્પિટલની વિગતો

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____ આઉટપેશન્ટ/ઇનપેશન્ટ નં: _____ (જો ઇનપેશન્ટ હોય) _____ આ રોજથી _____ આ રોજ સુધી
Hospital Name: _____ હોસ્પિટલનું નામ: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / ગંભીર માંદગીનું નામ (ઉપા દન મુજબ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack હૃદય રોગનો હુમલો	<input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર	<input type="checkbox"/> Coma બેભાન અવસ્થા	<input type="checkbox"/> Angioplasty એન્જિયોપ્લાસ્ટી	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy કાર્ડિયોમાયોપથી	<input type="checkbox"/> Paralysis લકવો	<input type="checkbox"/> Deafness બહેરાપણું
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta મુખ્ય ધોરી નસની શસ્ત્રક્રિયા	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis મલ્ટિપલ સ્ક્લેરોસિસ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech વાણીનો અભાવ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease અલ્ઝાઇમરનો રોગ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs અંગોનું નુકશાન		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) સીએબીજી(કોરોનરી ધમનીની બાયપાસ શસ્ત્રક્રિયા)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome એપેલિક સિન્ડ્રોમ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor મગજની સૌમ્ય ગાંઠ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease અંતિમ તબક્કાનો લીવરનો રોગ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma મગજને મુખ્ય ઈજા	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia એપ્લાસ્ટિક એનિમિયા	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease પાર્કિન્સનનો રોગ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension પ્રાથમિક પલ્મોનરી હાઈપરટેન્શન			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ચાલક ચેતાકોષ રોગ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure કિડનીનું નિષ્ફળ જવું	<input type="checkbox"/> Major Burns મુખ્ય બર્ન	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease દીર્ઘકાલિન ફેફસાંનો રોગ	<input type="checkbox"/> Stroke આઘાત	<input type="checkbox"/> Blindness અંધાપો	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery મગજની શસ્ત્રક્રિયા	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant મુખ્ય અંગોનું પ્રત્યારોપણ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery હૃદયના વાલ્વની શસ્ત્રક્રિયા	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis લ્યુપસ નેફ્રિટિસની સાથે એસએલઈ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis બાળલકવો		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy મસ્ક્યુલર ડિસ્ટ્રોફી	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease મેડ્યુલરી સિસ્ટીકનો રોગ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence સ્વતંત્ર અસ્તિત્વનું નુકશાન	<input type="checkbox"/> Terminal Illness અંતિમ તબક્કામાં આવેલી જીવલેણ માંદગી			

Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for Paralysis, Parkinsons Disease, Stroke, Muscular Dystrophy, Major Head Trauma, and Doctor's Certificate for Neurological condition for Alzheimer's Disease, Deafness, Multiple Sclerosis, Loss of Speech, Loss of Limbs, Motor Neuron Disease, Blindness, Loss of Independent Existence

નાંધ: લકવા, પાર્કિન્સન્સ ડિસીઝ, સ્ટ્રોક, મસ્ક્યુલર ડિસ્ટ્રોફી, મેજર હેડ ટ્રોમા અને અલ્ઝાઇમર્સ ડિસીઝ, બહેરાશ, મલ્ટીપલ સ્ક્લેરોસિસ, સ્પીચ લોસ, હાથ-પગ ગુમાવવા, મોટર ન્યુરોન ડિસીઝ, અંધતા, અંધતા, સ્વતંત્ર અસ્તિત્વ ગુમાવવું, સ્વતંત્ર અસ્તિત્વ ગુમાવવા માટે ઉપલબ્ધ વધારાના ડોક્ટરના સર્ટિફિકેટને ભરો.

Nature of Habits / આદતોની પ્રકૃતિ

<input type="checkbox"/> Smoking ધૂમ્રપાન	<input type="checkbox"/> Alcohol દારૂ	<input type="checkbox"/> Tobacco તમાકુ	<input type="checkbox"/> Drugs if yes, duration of consumption _____ માદક દ્રવ્ય- જો હા હોય તો, ઉપભોગનો સમયગાળો _____
Quantity consumed _____ ઉપભોગ કરેલ પ્રમાણ _____	Others (Please Specify) _____ અન્ય (કૃપા કરીને નિર્દેશ કરો) _____		

Diagnosis & Treatment / નિદાન અને સારવાર

Date of First Consultation/diagnosis: _____ પ્રથમ પરામર્શ/નિદાનની તારીખ: _____

PNB MetLife India Insurance Company Limited

Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 M G Road, Bangalore -560001, Karnataka. IRDA of India Registration number 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: www.pnbmetlife.com, Email: indiaservice@pnbmetlife.co.in or write to us at 1st Floor,

Techniplex -1, Techniplex Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

પીએનબી મેટ લાઈફ ઇન્ડિયા ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560 001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ ઓફ ઇન્ડિયા રજીસ્ટ્રેશન નંબર 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ www.pnbmetlife.com, ઈમેલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને લખો - 1 લો માળ,

ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટેકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062. ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

What were the symptoms / illness / disease? _____
 લક્ષણો / માંદગી / રોગ શું હતાં? _____

Which investigations / tests were performed: _____
 કયા તપાસ / પરીક્ષણો કરવામાં આવ્યાં હતાં: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 લક્ષણો / માંદગી / રોગનો સમયગાળો: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 નિદાન કરવામાં આવ્યું અને દર્દીને જાણ કરાઈ: _____

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 માંદગીની શરૂઆત થવા પર અને નિદાન વચ્ચેનો અંતરાલ: _____ વર્ષ _____ મહિનાં _____ દિવસ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: _____
 પહેલાંની સ્થિતિઓ જે આનાથી સંબંધિત છે અથવા તેમાં સહાયક છે પરંતુ માંદગીના કારણથી સંબંધિત નથી: _____

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) Yes No _____

શું તમે વાકેફ છો કે દર્દીએ તમારા સિવાય કોઈ અન્ય ડોક્ટર / હોસ્પિટલથી પરામર્શ કર્યું છે? (જો ક્યું હોય તો, તેની વિગતો) હા ના _____

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: Yes No _____

શું દર્દી તમારી પાસે અન્ય કોઈ ડોક્ટરના સંદર્ભ દ્વારા આવ્યાં હતાં? જો "હા" હોય, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો: હા ના _____

Medical History / તબીબી ઇતિહાસ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 શું તમે અંતિમ માંદગીની પહેલાં મૃત વ્યક્તિની છેલ્લાં 5 વર્ષમાં ક્યારેય પણ સારવાર કરી હતી? હા ના જો કરી હોય તો;

Details of consultation in last 5 years છેલ્લાં 5 વર્ષમાં પરામર્શ કર્યાંની વિગતો	1	2	3	4	5
Date of consultation પરામર્શની તારીખ					
Patient presented with complaints of દર્દીને આની ફરિયાદ થઈ રહી હતી					
Name of Investigations/tests prescribed નિયત કરાયેલ તપાસ / પરીક્ષણોના નામ					
Dates on which the tests were done and the results પરીક્ષણો જ્યારે થયાં હતાં તે તારીખો અને પરિણામો					
Name and address of the laboratory where the tests were done જ્યાં પરીક્ષણો થયાં હતાં તે પ્રયોગશાળાનું નામ અને સરનામું					
Treatment / Medication given આપવામાં આવેલ સારવાર / દવા					

Declaration / ઘોષણા

The above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and as per the records maintained by me/hospital/clinic:
 ઉપર આપેલા વિધાનો, મારી શ્રેષ્ઠતમ જાણકારી અને માન્યતા અનુસાર અને મારા/હોસ્પિટલ/ક્લિનિક દ્વારા જાળવવામાં આવતા રેકોર્ડ્સ મુજબ સાચા અને સંપૂર્ણ છે:

Name of the Doctor ડોક્ટરનું નામ	Signature of the Doctor ડોક્ટરની સહી	Doctor/Hospital seal ડોક્ટર/હોસ્પિટલની મહોર
Qualification of the Doctor ડોક્ટરની પાત્રતા		
Regd. no. of the Doctor ડોક્ટરનો નોંધણી નં.		
Contact no. of the Doctor ડોક્ટરનો સંપર્ક નં.		
Email id of the Doctor ડોક્ટરનો ઈમેઈલ આઈડી		
Date તારીખ		