

## Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

### डॉक्टर का प्रमाण-पत्र (गंभीर बीमारी के दावों के लिए)

#### Personal Details/व्यक्तिगत विवरण

Name of the patient: \_\_\_\_\_  
मरीज का नाम:

Father / Spouse's Name: \_\_\_\_\_  
पिता/जीवनसाथी का नाम:

Age:/आयु: \_\_\_\_\_ Gender:/लिंग:  Male/पुरुष  Female/महिला

Address:/पता: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
शहर राज्य देश पिन कोड:

#### Hospital Details/अस्पताल के विवरण

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ (If In Patient) From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
आउटपैशेंट/इन-पैशेंट नं.: (अगर इन-पैशेंट हैं) से तक

Hospital Name: \_\_\_\_\_  
अस्पताल का नाम:

#### Name of Critical Illness (As per the product)/गंभीर बीमारी का नाम (प्रोडक्ट के अनुसार)

<input type="checkbox"/> Heart Attack हार्ट अटैक	<input type="checkbox"/> Cancer कैंसर	<input type="checkbox"/> Coma कोमा	<input type="checkbox"/> Angioplasty एंजियोप्लास्टी	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy कार्डियोमायोपैथी	<input type="checkbox"/> Paralysis लकवा	<input type="checkbox"/> Deafness बहरापन
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta एओर्टा की सर्जरी	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis मल्टिपल स्क्लरोसिस	<input type="checkbox"/> Loss of Speech बोलने की क्षमता का हास	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease अल्जाइमर रोग	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs अंगों की क्षमता समाप्त होना		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) सीएबीजी (कोरोनरी आर्टरी बायपास सर्जरी)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome एपॉलिक सिंड्रोम	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor बेनाइन ब्रेन ट्यूमर	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease अंतिम अवस्था का लिवर रोग			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma मेजर हेड ट्रॉमा	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia एप्लास्टिक एनिमिया	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease पार्किंसन रोग	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension प्राइमरी पल्मोनरी हाइपरटेंशन			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease मोटर न्यूरॉन रोग	<input type="checkbox"/> Kidney Failure किडनी खराब होना	<input type="checkbox"/> Major Burns गंभीर रूप से जलना	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease फेफड़े का असाध्य रोग	<input type="checkbox"/> Stroke पक्षाघात	<input type="checkbox"/> Blindness अंधत्व	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery मस्तिष्क की सर्जरी	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant प्रमुख अंग का ट्रांसप्लांट	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery हार्ट वाल्व सर्जरी	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ल्युपस नेफ्राइटिस के साथ एसएलई	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis पोलियोमाइलिटिस		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy मस्क्युलर डिस्ट्रॉफी	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease मेड्युलरी सिस्टिक रोग	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence स्वतंत्र महसूस करने की क्षमता खत्म होना	<input type="checkbox"/> Terminal Illness असाध्य बीमारी			

#### Nature of Habits/बीमारी की प्रकृति

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
स्मोकिंग अल्कोहल तंबाकू ड्रग्स यदि हाँ, तो उपभोग की अवधि

Quantity consumed \_\_\_\_\_ Others (Please Specify) \_\_\_\_\_  
ली जाने वाली मात्रा अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 701, 702 और 703, सातवां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम.जी. रोड, बंगलुरु-560001, कर्नाटक. भारतीय आईआरडीए पंजीयन क्रमांक 117.  
सीआई नं. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 पर हमें निःशुल्क कॉल करें, वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) या हमें यहां लिखें 1ला तल, टेक्निप्लेक्स-1, टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायाओवर के पीछे, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फोन: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

## Diagnosis & Treatment/ निदान और उपचार

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_  
 पहली बार परामर्श लेने/निदान की दिनांक:

What were the symptoms / illness / disease? \_\_\_\_\_  
 लक्षण/बीमारी/रोग क्या थे?

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
 कौन सी जाँच/परीक्षण किए गए:

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
 लक्षणों/बीमारी/रोग की अवधि:

Diagnosis made and Informed to the patient: \_\_\_\_\_  
 मरीज़ में किया गया निदान और दी गई सूचना:

Interval between onset and diagnosis: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
 शुरू होने और निदान के बीच का अंतराल: वर्ष माह दिन

Antecedent conditions related or contributing but not related to the illness:/पूर्ववर्ती स्थितियाँ जो संबंधित या बढ़ाने वाली हों लेकिन बीमारी से संबंधित नहीं हों:

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof)  Yes  No  
 क्या आपको यह जानकारी है कि मरीज़ ने आपको छोड़कर किसी अन्य डॉक्टर/ अस्पताल से परामर्श लिया था? (यदि हाँ, तो उसके विवरण) हाँ नहीं

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details:  Yes  No  
 क्या मरीज़ को किसी अन्य डॉक्टर द्वारा आपको संदर्भित किया गया था? यदि "हाँ" तो कृपया विवरण प्रदान करें: हाँ नहीं

## Medical History/ चिकित्सा इतिहास

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness?  Yes  No If Yes;  
 क्या आपने बीमारी के अंतिम दिनों के पूर्व पिछले 5 वर्षों के दौरान मृत व्यक्ति का उपचार किया था? हाँ नहीं यदि हाँ;

Details of consultation in last 5 years पिछले 5 वर्षों में परामर्श के विवरण प्रदान करें	1	2	3	4	5
Date of consultation परामर्श का दिनांक					
Patient presented with complaints of मरीज़ को इनकी शिकायतों के साथ लाया गया था					
Name of Investigations/tests prescribed सुझाई गई जाँच/परीक्षण					
Dates on which the tests were done and the results वे दिनांक जिन पर परीक्षण और परिणाम प्राप्त किए गए					
Name and address of the laboratory where the tests were done उस लेबोरेटरी का नाम और पता जहाँ परीक्षण किए गए					
Treatment / Medication given दिया गया उपचार/दवा					

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 701, 702 और 703, सातवां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम.जी. रोड, बंगलुरु-560001, कर्नाटक. भारतीय आईआरडीए पंजीयन क्रमांक 117.  
 सीआई नं. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 पर हमें निःशुल्क कॉल करें, वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) या हमें यहाँ लिखें 1ला तल, टेक्निप्लेक्स-1,  
 टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के पीछे, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062. फ़ोन: +91-22-41790000, फ़ैक्स: +91-22-41790203

**Declaration/घोषणा**

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:  
उपरोक्त कथन मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार और मेरे/अस्पताल/क्लिनिक द्वारा बनाए रखे गए रिकॉर्ड के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं:

Name of the Doctor डॉक्टर का नाम		Signature of the Doctor डॉक्टर के हस्ताक्षर	Doctor/Hospital seal डॉक्टर/अस्पताल की सील
Qualification of the Doctor डॉक्टर की योग्यता			
Regd. no. of the Doctor डॉक्टर का रजिस्ट्रेशन नंबर			
Contact no. of the Doctor डॉक्टर का संपर्क नंबर			
Email id of the Doctor डॉक्टर का ईमेल आईडी			
Date दिनांक			

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 701, 702 और 703, सातवां तल, वेस्ट विंग, रहेजा टॉवर्स, 26/27 एम.जी. रोड, बंगलुरु-560001, कर्नाटक. भारतीय आईआरडीए पंजीयन क्रमांक 117.  
सीआई नं. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 पर हमें निःशुल्क कॉल करें, वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) या हमें यहां लिखें 1ला तल, टेक्निप्लेक्स-1, टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओवर के पीछे, गोरेगांव (पश्चिम), मुंबई – 400062. फ़ोन: +91-22-41790000, फ़ैक्स: +91-22-41790203