

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

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

व्यक्तिगत विवरण

Name of the patient: _____
मरीज़ का नाम: _____

Father / Spouse's Name _____
पिता/जीवनसाथी का नाम: _____

Age: _____ Gender: Male Female
आयु: _____ लिंग: पुरुष 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 ट्राँमा	<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 न्यूरोन 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 वॉल्व सर्जरी	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ल्युपस नेफ्राइटिस के साथ एसएलई	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis पोलियोमाइलिटिस		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy मांसपेशीय दुर्बिकास	<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			

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

नोट: कृपया पक्षाघात, पार्किंसन रोग, मस्तिष्काघात (स्ट्रोक), मांसपेशी दुर्बिकास (डिस्ट्रोफी), सिर का बड़ा आघात के लिए उपलब्ध अतिरिक्त चिकित्सक प्रमाणपत्र और अल्जाइमर रोग, बहरापन, मल्टिपल स्क्लरोसिस, बोलने की असमर्थता, अंगों की हानि, मोटर न्यूरोन रोग, नेत्रहीनता, स्वतंत्र मौजूदगी की हानि जैसी तंत्रिका दशा के लिए अतिरिक्त चिकित्सक प्रमाणपत्र भरें

Nature of Habits / बीमारी की प्रकृति

<input type="checkbox"/> Smoking स्मोकिंग	<input type="checkbox"/> Alcohol अल्कोहल	<input type="checkbox"/> Tobacco तंबाकू	<input type="checkbox"/> Drugs if yes, duration of consumption _____ ड्रग्स यदि हाँ, तो उपभोग की अवधि _____
Quantity consumed _____ ली जाने वाली मात्रा _____		Others (Please Specify) _____ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____	

Diagnosis & Treatment / निदान और उपचार

Date of First Consultation/diagnosis: _____
पहली बार परामर्श लेने/निदान की 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, 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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शोरेंस कंपनी लिमिटेड

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117

CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल,

टैकनीप्लेक्स - 1, टैकनीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062, फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203

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

Which investigations / tests were performed: _____
कौन सी जाँचें/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 हैं लेकिन बीमारी से संबंधित नहीं हैं: _____

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 जाँचें/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					

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, 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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शोरेंस कम्पनी लिमिटेड,
पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नंबर 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117
CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नंबर 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल,
टैक्नीप्लेक्स - 1, टैक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062, फोन नंबर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203