

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

### ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳು (ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ)

#### Personal Details/ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು

Name of the patient: \_\_\_\_\_  
ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು:

Father / Spouse's Name: \_\_\_\_\_  
ತಂದೆ / ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆಸರು:

Age:/ವಯಸ್ಸು: \_\_\_\_\_ Gender:/ಲಿಂಗ:  Male/ಗಂಡು  Female/ಹೆಣ್ಣು

Address:/ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_

---

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
ನಗರ ರಾಜ್ಯ ದೇಶ ಪಿನ್ ಕೋಡ್:

#### Hospital Details/ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರಗಳು

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ (If In Patient) From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
ಹೊರರೋಗಿ/ಒಳರೋಗಿ ಸಂ: (ಒಳರೋಗಿ ಆಗಿದ್ದಲ್ಲಿ) ದಿನಾಂಕ ರಿಂದ ವರೆಗೆ

Hospital Name: \_\_\_\_\_  
ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು:

#### Name of Critical Illness (As per the product)/ ಗಂಭೀರವಾದ ಕಾಯಿಲೆಯ ಹೆಸರು (ಉತ್ಪನ್ನದ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ಹೃದಯಾಘಾತ	<input type="checkbox"/> Cancer ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	<input type="checkbox"/> Coma ಕೋಮಾ	<input type="checkbox"/> Angioplasty ಅಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ಕಾರ್ಡಿಯೋಮಯೋಪತಿ	<input type="checkbox"/> Paralysis ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು	<input type="checkbox"/> Deafness ಕಿವುಡುತನ
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ಮಹಾಪಧಮನಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕ್ಲೆರೋಸಿಸ್	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ಮೂಗತನ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ಆಲ್ಟೈಮರ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ಅಂಗಾಂಗಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ಸಿಎಬಿಜಿ (ಕೊರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ಬೈಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ಅಪಾಲಿಕ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ಬೆನಿಗ್ನ್ ಬ್ರೈನ್ ಟ್ಯೂಮರ್	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ಅಂತಿಮ ಹಂತದ ಯಕೃತ್ತಿನ ರೋಗ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ಗಂಭೀರವಾದ ತಲೆಯ ಗಾಯ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia ಆಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ರಕ್ತಹೀನತೆ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ಮೋಟಾರ್ ನರಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ವೈಫಲ್ಯ	<input type="checkbox"/> Major Burns ಗಂಭೀರ ಸುಟ್ಟಗಾಯಗಳು	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗ	<input type="checkbox"/> Stroke ಸ್ಟ್ರೋಕ್	<input type="checkbox"/> Blindness ಸ್ಮೋಕ್ ಕುರುಡುತನ	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ಮೆದುಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಅಂಗಾಂಗ ಕಸಿ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ಹೃದಯ ಕವಾಟ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ಲೂಪಸ್ ನೆಫ್ರೈಟಿಸ್ ಜೊತೆಗೆ ಎಸ್‌ಎಲ್‌ಇ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ಪೋಲಿಯೊಮೈಲೈಟಿಸ್		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ಮಸ್ಕುಲಾರ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೋಫಿ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ಮೆಡುಲ್ಲರಿ ಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ಸ್ವಾತಂತ್ರ ಅಸ್ತಿತ್ವದ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಂತಿಮ ಘಟ್ಟ			

#### Nature of Habits/ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಚಟಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
ಧೂಮಪಾನ ಮದ್ಯಪಾನ ತಂಬಾಕು ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ - ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸೇವನೆಯ ಅವಧಿ

Quantity consumed \_\_\_\_\_ Others (Please Specify) \_\_\_\_\_  
ಸೇವನೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ)

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್  
ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯೂನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ, 701, 702 & 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಹೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ಭಾರತೀಯ ಐಆರ್‌ಡಿಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117. ಪಿ ಐ ಸಂಖ್ಯೆ, U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ, 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ ಈ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಪತ್ರ ಬರೆಯಿರಿ, 1ನೇಯ ಮಹಡಿ, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಎದುರು, ಗೋರ್ಗಾಂವ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

## Diagnosis & Treatment/ ತಪಾಸಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_  
 ಮೊದಲ ಭೇಟಿ / ತಪಾಸಣೆಯ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_

What were the symptoms / illness / disease? \_\_\_\_\_  
 ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಕಾಯಿಲೆಗಳ / ಲಕ್ಷಣಗಳು ಯಾವುದು? \_\_\_\_\_

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
 ಯಾವ ತಪಾಸಣೆಗಳು / ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ: \_\_\_\_\_

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
 ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಕಾಯಿಲೆಯ / ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅವಧಿ: \_\_\_\_\_

Diagnosis made and Informed to the patient: \_\_\_\_\_  
 ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ: \_\_\_\_\_

Interval between onset and diagnosis: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
 ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭ ಮತ್ತು ಮರಣ ನಡುವಿನ ಅವಧಿ: \_\_\_\_\_ ವರ್ಷಗಳು \_\_\_\_\_ ತಿಂಗಳುಗಳು \_\_\_\_\_ ದಿನಗಳು

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness:  
 ಹಿಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತವಿರುವುದು ಆದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ: \_\_\_\_\_

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof)  Yes  No  
 ರೋಗಿಯು ನಿಮ್ಮ ಹೊರತಾಗಿ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿರುವುದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆಯೇ? (ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಅದರ ವಿವರಗಳು)  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details:  Yes  No  
 ರೋಗಿಯನ್ನು ಬೇರೆ ವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕ ನಿಮಗೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತೇ? "ಹೌದು" ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

## Medical History/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness?  Yes  No If Yes;   
 ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಂತಿಮ ಘಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುವ ಮೊದಲು, ಮೃತರಿಗೆ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ;

Details of consultation in last 5 years ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ ವಿವರಗಳು	1	2	3	4	5
Date of consultation ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ ದಿನಾಂಕ					
Patient presented with complaints of ಇದರಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ					
Name of Investigations/tests prescribed ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಹೆಸರು					
Dates on which the tests were done and the results ಈ ದಿನಾಂಕಗಳಂದು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಫಲಿತಾಂಶಗಳು					
Name and address of the laboratory where the tests were done ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿರುವ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ					
Treatment / Medication given ನಿಮ್ಮ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಔಷಧಿ					

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್  
 ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯೂನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ: 701, 702 & 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಾಹೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ಭಾರತೀಯ ಐಆರ್‌ಡಿಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 117. ಸಿ ಐ ಸಂಖ್ಯೆ: U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ: 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ ಈ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಪತ್ರ ಬರೆಯಿರಿ, 1ನೇ ಮಹಡಿ, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಎದುರು, ಗೋರಗಾಂವ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

Declaration/ಘೋಷಣೆ

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:  
ನಾನು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಮೂಲಕ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನನ್ನ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಂಬುತ್ತೇನೆ.

Name of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು		Signature of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ	Doctor/Hospital seal ವೈದ್ಯರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೊಹರು
Qualification of the Doctor ವೈದ್ಯರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ			
Regd. no. of the Doctor ವೈದ್ಯರ ನೋಂದಾಯಿತ ಸಂಖ್ಯೆ			
Contact no. of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ			
Email id of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ			
Date ದಿನಾಂಕ			

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯೂನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ, 701, 702 & 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಾಹೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ಭಾರತೀಯ ಐಆರ್‌ಡಿಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117. ಸಿ ಐ ಸಂಖ್ಯೆ, U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ ಈ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಪತ್ರ ಬರೆಯಿರಿ, 1ನೇಯ ಮಹಡಿ, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಎದುರು, ಗೋರಗಾಂವ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203