

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം (ഗുരുതര രോഗത്തിനുള്ള ക്ലെയിമുകൾക്ക് വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ)

Name of the patient: _____
 രോഗിയുടെ പേര്: _____
 Father / Spouse's Name _____
 പിതാവിന്റെ / ജീവിത പങ്കാളിയുടെ പേര്: _____
 Age: _____ Gender: Male Female
 വയസ്സ്: _____ ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ
 Address: / വിലാസം: _____

 City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
 നഗരം _____ സംസ്ഥാനം _____ രാജ്യം _____ പിൻ കോഡ്: _____

Hospital Details / ആശുപത്രിയുടെ വിവരങ്ങൾ

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
 ഔട്ട് പേഷ്യന്റ് /ഇൻ-പേഷ്യന്റ് നമ്പർ: _____ (ഇൻ പേഷ്യന്റ് ആണെങ്കിൽ) _____ മുതൽ _____ വരെ
 Hospital Name: _____
 ആശുപത്രിയുടെ പേര്: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / ഗുരുതരമായ രോഗത്തിന്റെ പേര് (ഉൽപ്പന്നം അടിസ്ഥാനമാക്കി)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ഹൃദയാഘാതം	<input type="checkbox"/> Cancer അർബുദം	<input type="checkbox"/> Coma കോമ	<input type="checkbox"/> Angioplasty ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy കാർഡിയോമയോപതി	<input type="checkbox"/> Paralysis തളർവാതം	<input type="checkbox"/> Deafness ബധിരത
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta മഹായമനിയുടെ സർജറി	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis മൾട്ടിപിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്	<input type="checkbox"/> Loss of Speech സംസാരശേഷി നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs അവയവങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടൽ		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) CABG (കൊറോണറി ആർട്ടറി ബൈപ്പാസ് സർജറി)		<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome അപലിക് സിൻഡ്രം	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ബിനൈൻ ബ്രെയിൻ ട്യൂമർ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease കരൾ രോഗത്തിന്റെ അന്തിമ ഘട്ടം		
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma തലയിലുണ്ടാകുന്ന ഗുരുതര ആഘാതം	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia എലപ്പാസ്റ്റിക് അനീമിയ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease പാർക്കിൻസൺ രോഗം	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension പ്രൈമറി പൾമണറി ഹൈപ്പർടെൻഷൻ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസ്	<input type="checkbox"/> Kidney Failure കിഡ് നിയുടെ പവർത്തനം തകരാറിലാവുക	<input type="checkbox"/> Major Burns ഗുരുതരമായ തീപ്പൊള്ളൽ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ദീർഘകാലമായുള്ള ശ്വാസകോശ രോഗം	<input type="checkbox"/> Stroke സ്ട്രോക്ക്	<input type="checkbox"/> Blindness അന്ധത	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ബ്രെയിൻ സർജറി	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant അവയവം മാറ്റിവയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ഹൃദയ വാൽവ് സർജറി	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ലൂപ്പസ് നെഫ്റ്റ് റിസോട് കൂടിയ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis SLE പോളിയോമൈലിറ്റിസ്		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy മസ് ക്യാലർ ഡിസ് ട്രോഫി	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease മെഡുല്ലറി സിസ്റ്റിക് ഡിസീസ്	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence സ്വയം കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യാനാകാത്ത അവസ്ഥ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ഗുരുതരമായ രോഗം			

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

ശ്രദ്ധിക്കുക: പക്ഷാഘാതം, പാർക്കിൻസൺ രോഗം, സ്ട്രോക്ക്, മസ്കുലർ ഡിസ്ട്രോഫി, ശിരസ്സിനേറ്റ ഗുരുതരമായ അപകടം, എന്നിവയ്ക്കായി അഡീഷണൽ ഡോക്ടേഴ്സ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം, ബധിരത, മൾട്ടിപിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, സംസാരം നഷ്ടപ്പെടുക, കൈകാലുകൾ നഷ്ടമാകുക, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസ്, അന്ധത, സ്വതന്ത്ര അസ്തിത്വത്തിന്റെ നഷ്ടം എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഡോക്ടേഴ്സ് സർട്ടിഫിക്കറ്റും ദയവായി പൂരിപ്പിക്കുക.

Nature of Habits / രോഗത്തിന് കാരണമാവുന്ന ശീലങ്ങൾ

<input type="checkbox"/> Smoking പുകവലി	<input type="checkbox"/> Alcohol മദ്യപാനം	<input type="checkbox"/> Tobacco പുകയില ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ	<input type="checkbox"/> Drugs if yes, duration of consumption _____ ഉപയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, അത് എത്ര കാലം _
Quantity consumed _____ ഉപയോഗിച്ചതിന്റെ അളവ് _____		Others (Please Specify) _____ മറുതരം (വ്യക്തമാക്കുക) _____	

Diagnosis & Treatment / രോഗനിർണ്ണയവും ചികിത്സയും

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 ആദ്യം കൂടിക്കാഴ്ച നടത്തിയ തീയതി: _____
 What were the symptoms / illness / disease? _____
 രോഗലക്ഷണം / രോഗാവസ്ഥ / രോഗം എന്തൊക്കെയാണ്? _____
 Which investigations / tests were performed: _____
 ഏതൊക്കെ അന്വേഷണങ്ങൾ/പരിശോധനകളാണ് നടത്തിയത്? _____
 Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 രോഗലക്ഷണത്തിന്റെ / രോഗാവസ്ഥയുടെ / രോഗത്തിന്റെ കാലയളവ്: _____
 Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 രോഗ നിർണ്ണയം നടത്തി രോഗിയെ അറിയിച്ചത്: _____
 Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months
 _____ Days
 അസുഖം ആരംഭിച്ചത് മുതൽ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയത് വരെയുള്ള ഇടവേള: _____ വർഷം _____ മാസം
 _____ ദിവസം
 Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: _____
 രോഗാവസ്ഥയുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെട്ടതല്ലാത്തതെങ്കിലും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് മുഖ്യമായതോ അതിലേക്ക് നയിച്ചതോ ആയ ശാരീരികവ്യതിയാനങ്ങൾ: _____
 Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) Yes No _____

 രോഗി നിങ്ങളെല്ലാതെ മറ്റേതെങ്കിലും ഡോക്ടറുടെ / ആശുപത്രിയുടെ സേവനം തേടിയിരുന്നോ എന്ന കാര്യം നിങ്ങൾക്ക് അറിയാമോ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ, അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിശദാംശങ്ങൾ) അതെ ഇല്ല _____

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

 രോഗിയെ നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടർ റഫർ ചെയ്തതാണോ? "ആണെങ്കിൽ" വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: അതെ ഇല്ല _____

Medical History / വൈദ്യപരിശോധന ചരിത്രം

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിനിടെ, രോഗാവസ്ഥയുടെ അവസാനത്തിന് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും നിങ്ങൾ മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ ചികിത്സിച്ചിട്ടുണ്ടോ? അതെ ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ;

Details of consultation in last 5 years കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തെ പരിശോധനയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	1	2	3	4	5
Date of consultation കൂടിക്കാഴ്ച നടത്തിയ തീയതി					
Patient presented with complaints of രോഗിയ്ക്ക് എപ്പോൾ മുതലാണ് അസുഖം ഉണ്ടായിരുന്നത്					
Name of Investigations/tests prescribed നിർദ്ദേശിച്ച അന്വേഷണങ്ങളുടെ/ പരിശോധനകളുടെ പേര്					
Dates on which the tests were done and the results പരിശോധനകൾ നടത്തിയ തീയതി, അതിന്റെ ഫലങ്ങൾ					
Name and address of the laboratory where the tests were done പരിശോധനകൾ നടത്തിയ ലബോറട്ടറിയുടെ പേരും					

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

പി എൻ ബി മറ്റ്‌ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

റജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രാഹേജ് ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ - 560001, കർണ്ണാടക. ഐ.ആർ.ഡി.ഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ടോളിംഗ് ഓഫീസിലെ വിളിക്കുക - 1-800-425-6969 എന്ന നമ്പറിൽ സൗജന്യം, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഒന്നാം നിലയിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക, ടെക്നപ്ലക്സ് -1, ടെക്നപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, ഓഫ് വീർ സാവർകർ ഫ്ലൈവേർ, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062, ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

വിലാസവും					
Treatment / Medication given നിങ്ങൾ നൽകിയ ചികിത്സ / മെഡിക്കേഷൻ					

Declaration / സത്യവാങ് മൂലം

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:
ഞാൻ/ആശുപത്രി /ക്ലിനിക്ക് നിലനിർത്തിയ റെക്കോർഡ്സും അനുസരിച്ച്, മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകൾ എൻ്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണ്.

Name of the Doctor ഡോക്ടറുടെ പേര്		Signature of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്	Doctor/Hospital seal ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ സീൽ
Qualification of the Doctor ഡോക്ടറുടെ യോഗ്യത			
Regd. no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ			
Contact no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ			
Email id of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഇമെയിൽ ഐഡി			
Date തീയതി			