

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

डॉक्टराचे प्रमाणपत्र (गंभीर स्वरूपाच्या आजाराबाबतीत)

वैयक्तिक तपशील

Name of the patient: _____
रुग्णाचे नाव: _____

Father / Spouse's Name _____
वडील / जोडीदाराचे नाव: _____

Age: _____ Gender: Male Female
वय: _____ लिंग: पुरुष स्त्री

Address: / पत्ता: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
शहर _____ राज्य _____ देश _____ पिन कोड: _____

Hospital Details / रुग्णालय तपशील

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
आउट रुग्ण/ इन रुग्ण नं: _____ (इन रुग्ण असल्यास) पासून _____ पर्यंत _____

Hospital Name: _____
रुग्णालयाचे नाव: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / गंभीर स्वरूपाच्या आजाराचे नाव (उत्पा दानानुसार)

<input type="checkbox"/> Heart Attack हृदय विकाराचा झटका	<input type="checkbox"/> Cancer कर्करोग	<input type="checkbox"/> Coma कोमा	<input type="checkbox"/> Angioplasty एंजिओप्लास्टी	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy कार्डियोमायोपॅथी	<input type="checkbox"/> Paralysis पॅरालिसिस	<input type="checkbox"/> Deafness डिफनेस
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta अॅओर्टा (महाधमनी) शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis मल्टीपल स्केलेरोसिस	<input type="checkbox"/> Loss of Speech वाचा जाणे	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease अलझायमर रोग	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs अवयव गमावणे		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) सीएबीजी (कोरोनरी आर्टरी बायपास सर्जरी)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome एपॅलिक सिंड्रोम	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor सौम्य ब्रेन ट्यूमर	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease अंतिम टप्प्यातील यकृताचे रोग			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma डोक्याचा मोठा आजार	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia अप्लास्टिक अनेमिया	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease पार्किन्सन रोग	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension प्राथमिक फुफ्फुसीय हायपरटेंशन			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease मोटर न्यूरॉन डिजीझ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure किडनी फेल्युअर	<input type="checkbox"/> Major Burns मोठ्या प्रमाणात भाजणे	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease तीव्र फुफ्फुसाचा रोग	<input type="checkbox"/> Stroke स्ट्रोक	<input type="checkbox"/> Blindness अंधत्व	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery मेंदू शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant प्रमुख अवयव प्रत्यारोपण	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery हार्ट वाल्व्ह शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ल्यूपस नेफराईटिससह एसएलई	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis पोलियोमायलिसिस		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy स्नायू विकृती	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease मेड्युलरी सिस्टिक डिजीझ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence स्वतंत्र अस्तित्व गमावणे	<input type="checkbox"/> Terminal Illness टर्मिनल इलनेस			

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

टीप: अर्थांगवायू, पार्किन्सन रोग, स्ट्रोक, स्नायू दुष्पोषण, प्रधान शीर्ष अभिघात यासाठी उपलब्ध असलेले डॉक्टरांचे अतिरिक्त प्रमाणपत्र आणि अलझायमर रोग, बहिरेपणा, विकीर्ण काठीप्य, वाचालोप, हातपाय गमावणे, कारक चेतापेशी विकार, अंधत्व, स्वतंत्र अस्तित्व गमावणे यासाठीच्या चेतापेशीय स्थितीसाठी डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र भरा

Nature of Habits / सवयींचे स्वरूप

Smoking
धूम्रपान

Alcohol
मद्यपान

Tobacco
तंबाखू

Drugs if yes, duration of consumption _____
ड्रग्स होय, असल्यास सेवन करण्याचा कालावधी _____

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
सेवन करण्याचे प्रमाण _____ इतर (कपया निर्दिष्ट करा) _____

Diagnosis & Treatment / निदान आणि उपचार

Date of First Consultation/diagnosis: _____
प्रथम सल्ला / निदानाची तारीख: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____

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,

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701, 702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला,

टेक्निप्लेक्स, 1, टेक्निप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

लक्षण / आजार / काय होते? _____

Which investigations / tests were performed: _____

कोणत्या तपासण्या / चाचण्या करण्यात आल्या: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____

लक्षण / आजार / रोगाचा कालावधी: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____

निदान केले आणि रुग्णास माहिती दिली: _____

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days

रोग होणे आणि मृत्यू यामधील कालावधी: _____ वर्ष _____ महिने _____ दिवस

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: _____

आजाराच्या कारणाशी संबंधित पूर्वकालीन किंवा त्यास कारणीभूत ठरलेल्या परंतु संबंधित नसलेल्या परिस्थिती: _____

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

रुग्णाने तुमच्याशिवाय इतर कोणत्या डॉक्टरचे मार्गदर्शन घेतल्याचे तुम्हाला माहित आहे का? (जर होय असल्यास, त्याचा तपशील) होय नाही _____

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

रुग्णाने तुम्हाला इतर कोणत्या डॉक्टरचा संदर्भ दिला होता का? जर "होय" असल्यास कृपया तपशील प्रदान करा: होय नाही _____

Medical History / वैद्य कीय इति हास

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;

अंतिम आजारपूर्वी तुम्ही मागील 5 वर्षांमध्ये कधी मृतकाचे उपचार केले आहेत का? होय नाही होय असल्यास;

Details of consultation in last 5 years मागील 5 वर्षात सल्लामसलतीचा तपशील	1	2	3	4	5
Date of consultation सल्लामसलतीची तारीख					
Patient presented with complaints of रुग्णाला यावेळेपासून ही तक्रार होती					
Name of Investigations/tests prescribed तुम्ही सुचविलेल्या चाचण्या/ तपासण्यांची नावे					
Dates on which the tests were done and the results कोणती चाचणी/ केव्हा झाली आणि त्याच्या परिणामांच्या तारखा					
Name and address of the laboratory where the tests were done चाचण्या करण्यात आल्या त्या प्रयोगशाळेचे नाव आणि पत्ता					
Treatment / Medication given दिलेले उपचार / औषधोपचार					

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:

वरील सर्व विधाने माझे ज्ञान आणि विश्वास आणि माझ्या / रुग्णालय / दवाखान्याद्वारे ठेवलेल्या नोंदीनुसार सत्य आणि पूर्ण आहेत:

Name of the Doctor डॉक्टरांचे नाव	Signature of the Doctor डॉक्टरांची स्वाक्षरी	Doctor/Hospital seal डॉक्टर/रुग्णालय सील
Qualification of the Doctor डॉक्टरांची पात्रता		
Regd. no. of the Doctor डॉक्टरांचा नोंदणी क्रमांक		
Contact no. of the Doctor डॉक्टरांचा संपर्क क्रमांक		
Email id of the Doctor डॉक्टरांचा ईमेल आयडी		
Date तारीख		

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 इंशुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल- indiaservice@pnbmetlife.co.in, किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला,

टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203