

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ (ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਲਈ)

ਨਿੱਜੀ ਵੇਰਵੇ

Name of the patient: _____
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Father / Spouse's Name _____
ਪਿਤਾ / ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Age: _____ Gender: Male Female
ਉਮਰ: _____ ਲਿੰਗ: ਮਰਦ ਔਰਤ

Address: / ਪਤਾ: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
ਸ਼ਹਿਰ _____ ਰਾਜ _____ ਦੇਸ਼ _____ ਪਿਨ ਕੋਡ: _____

Hospital Details / ਹਸਪਤਾਲ ਵੇਰਵੇ

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼/ਅੰਦਰੂਨੀ-ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਗਿਫ਼ਤੀ: _____ (ਜੇਕਰ ਅੰਦਰੂਨੀ-ਮਰੀਜ਼ ਹੈ) _____ ਤੋਂ _____ ਤੱਕ

Hospital Name: _____
ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ	<input type="checkbox"/> Cancer ਕੈਂਸਰ	<input type="checkbox"/> Coma ਕੋਮਾ	<input type="checkbox"/> Angioplasty ਐਂਜੀਉਪਲਾਸਟੀ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ਕਾਰਡੀਓਪੈਥੀ	<input type="checkbox"/> Paralysis ਅਧਰੰਗ	<input type="checkbox"/> Deafness ਬੋਲਾਪਣ
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ਮਹਾਂ ਧਮਨੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ਮਲਟੀਪਲ ਸਕੇਲੇਰੋਸਿਸ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ਬੋਲਦੇ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਦਾ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ਸੀਏਬੀਜੀ (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀ ਬਾਈਪਾਸ ਸਰਜਰੀ)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ਅਪੈਲਿਕ ਸਿੰਡਰੋਮ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ਬੇਨਿਜਨ ਬ੍ਰੇਨ ਟਿਊਮਰ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ਅੰਤਮ ਪੜਾਅ ਲੀਵਰ ਰੋਗ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰਾਮਾ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia ਐਪਲੈਸਟਿਕ ਅਨੀਮੀਆ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ਪਾਰਕਿੰਸਨ ਦਾ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ਪ੍ਰਾਈਮਰੀ ਪੁਲਮਨੈਰੀ ਹਾਇਪਰਟੈਂਸ਼ਨ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ਮੋਟਰ ਨਿਊਰੋਨ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure ਗੁਰਦੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ	<input type="checkbox"/> Major Burns ਮੇਜਰ ਬਰਨਜ਼	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ਕ੍ਰੋਨਿਕ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦਾ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Stroke ਸਟ੍ਰੋਕ	<input type="checkbox"/> Blindness ਅੰਠਾਪਣ	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ਮੁੱਖ ਅੰਗ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ ਕਰਨਾ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ਹਾਰਟ ਵਾਲਵ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ਲੂਪਸ ਨੇਫਰਿਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਐਸਐਲਈ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ਪੋਲੀਆ		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਨਾ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ਮੇਡੂਲਰੀ ਸਿਸਟਿਕ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ਸੁਤੰਤਰ ਮੌਜੂਦਗੀ ਦੀ ਘਾਟ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ਚਰਮ ਰੋਗ			

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

ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਧਰੰਗ, ਪਾਰਕਿੰਸਨ ਰੋਗ, ਸਟ੍ਰੋਕ, ਮਸਕੂਲਰ ਡਿਸਟ੍ਰੋਫੀ, ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰਾਮਾ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਵਾਧੂ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਭਰੋ, ਅਤੇ ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਰੋਗ, ਬੋਲਾਪਣ, ਮਲਟੀਪਲ ਸਕੇਲੇਰੋਸਿਸ, ਬੋਲਣ ਦੀ ਘਾਟ, ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਹਾਨੀ, ਮੋਟਰ ਨਿਊਰੋਨ ਰੋਗ, ਨੇਤਰਹੀਣਤਾ, ਸੁਤੰਤਰ ਹੋਣ ਦੀ ਹਾਨੀ ਲਈ ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਭਰੋ

Nature of Habits / ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ

Smoking
ਤੰਬਾਕੂ ਨੋਸੀ

Alcohol
ਅਲਕੋਹਲ

Tobacco
ਤੰਬਾਕੂ

Drugs if yes, duration of consumption _____
ਡ੍ਰੱਗਸ- ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ _____

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
ਮਾਤਰਾ ਖਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ _____ ਹੋਰ (ਕਿ ਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰੋ) _____

Diagnosis & Treatment / ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ

Date of First Consultation/diagnosis: _____
ਪਹਿਲੀ ਸਲਾਹ/ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____
ਲੱਛਣ/ਬਿਮਾਰੀ/ਰੋਗ ਕੀ ਸੀ? _____

Which investigations / tests were performed: _____

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

ਪੰਜਾਬੀ ਮਿਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ

ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ

ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਡ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, 'ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ +91-22-41790203

ਕਿਹੜੀਆਂ ਪੜਤਾਲਾਂ/ਜਾਂਚਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ: _____
 Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 ਲੱਛਣਾਂ / ਬਿਮਾਰੀ / ਰੋਗ ਦੀ ਮਿ ਆਦ: _____
 Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 ਨਿਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: _____
 Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰਾਲ: _____ ਸਾਲ _____ ਮਹੀਨੇ _____ ਦਿਨ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the illness: _____
 ਸਬੰਧਿਤ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਥਿਤੀਆਂ, ਪਰ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਨਹੀਂ: _____

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

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ / ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕੀਤੀ ਹੈ? (ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੇ ਵੇਰਵੇ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ _____

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

ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ _____

Medical History / ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

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

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਖਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ;

Details of consultation in last 5 years ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸਲਾਹ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	1	2	3	4	5
Date of consultation ਸਲਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਮਿਤੀ					
Patient presented with complaints of ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਹੋਇਆ					
Name of Investigations/tests prescribed ਲਿਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੜਤਾਲਾਂ/ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਨਾਮ					
Dates on which the tests were done and the results ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ					
Name and address of the laboratory where the tests were done ਲੈਬੋਰਟਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ					
Treatment / Medication given ਇਲਾਜ / ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਗਈ					

Declaration / ਘੋਸ਼ਣਾ

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:

ਉਕਤ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੀ ਸਮਝ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਵੋਤਮ ਅਤੇ ਮੇਰੇ/ਹਸਪਤਾਲ/ਕਲੀਨਿਕ ਦੁਆਰਾ ਬਣੀਏ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰਨ ਹਨ:

Name of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ	Signature of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਖਤ	Doctor/Hospital seal ਡਾਕਟਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਮੋਹਰ
Qualification of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ		
Regd. no. of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰ.		
Contact no. of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰ.		
Email id of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ		
Date ਮਿਤੀ		

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ

ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ

ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਾਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, 'ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ +91-22-41790203