

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ (سنگین بیماری کے دعووں کے لیے)

ذاتی معلومات

Name of the patient: _____ مریض کا نام: _____

Father / Spouse's Name _____ والد / خاوند کا نام: _____

Age: _____ Gender: Male Female

جنس: مرد عورت عمر: _____

Address: / پتہ: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____

شہر _____ ملک _____ ریاست _____

Hospital Details / ہسپتال کی تفصیلات

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____

بیرونی مریض/داخلی مریض نمبر: _____ (اگر داخلی مریض ہے تو) از _____ تا _____

Hospital Name: _____ ہسپتال کا نام: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / سنگین بیماری کا نام (پروڈکٹ کے مطابق)

<input type="checkbox"/> Heart Attack دل کا دورہ	<input type="checkbox"/> Cancer کینسر	<input type="checkbox"/> Coma کوما	<input type="checkbox"/> Angioplasty اینجیوپلاسٹی	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy کارڈیومیوپٹی	<input type="checkbox"/> Paralysis فالج	<input type="checkbox"/> Deafness بہرا پن
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta شاہ رگ کی سرجری	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ملٹیپل اسکلوروسس	<input type="checkbox"/> Loss of Speech گونگا پن	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease الزائمر	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs قطع عضو		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) سی اے بی جی (کرونری آرٹری بائی پاس سرجری)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome اپیلک سنڈروم	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor بنائن برین ٹیومر	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease آخر مرحلے کی جگر کی بیماری			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma سر کی شدید چوٹ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia اپلاسٹک انیمیا	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease پارکنسن کی بیماری	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension پرائمری پلمونری ہائپرٹینشن			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease موٹر نیورون بیماری	<input type="checkbox"/> Kidney Failure گردے خراب ہونا	<input type="checkbox"/> Major Burns میجر برن	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease دائمی پھیپھڑوں کی بیماری	<input type="checkbox"/> Stroke اسٹروک	<input type="checkbox"/> Blindness اندھاپن	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery دماغ کی سرجری	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant دماغ کی سرجری	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery دل کے والو کی سرجری	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis لیوپس نیفرائٹس کے ساتھ ایس ایل ای	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis پولیو		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy عضلی سو غذائیت	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease میڈولری سسٹک بیماری	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence لاس آف انڈیپنڈنٹ ایکزسٹنس	<input type="checkbox"/> Terminal Illness مہلک بیماری			

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

نوٹ: برائے مہربانی فالج، پارکنسنز کی بیماری، مسکلر ڈسٹروفی، سر کے بڑے صدمے، اور الزائمر کی بیماری، بہرا پن، ایک سے زیادہ سنگین ووسیس، آواز ختم ہو جانا، بالائی اعضا ضائع ہو جانا، موٹر نیورون کی بیماری، اندھا پن، آزاد وجود کا نقصان کے لیے دستیاب اضافی ڈاکٹر کی سرٹیفکیٹ بھریں۔

Nature of Habits / عادات کی نوعیت

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____

منشیات، اگر ہاں تو استعمال کی مدت _____ تمباکو شراب سگریٹ نوشی

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____

مستعمل مقدار _____ (دیگر براہ کرم وضاحت کریں)

Diagnosis & Treatment / تشخیص اور علاج

Date of First Consultation/diagnosis: _____ پہلے مشاورت/تشخیص کی تاریخ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____ علامات / علالت / بیماری کیا تھی؟ _____

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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور -560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔
سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں،
ٹیکنیپلیکس -1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکر فلائی اوور، گوریگاؤن (ویسٹ)، ممبئی، 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

Which investigations / tests were performed: _____
کون سی تفتیش / جانچیں کی گئیں: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
علامات / علالت / بیماری کی مدت: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
تشخیص کی گئی اور مریض کو مطلع کیا گیا: _____

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
بیماری کے آغاز اور تشخیص کے دوران وقفہ: _____ سال _____ ماہ _____ دن

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: _____
سابقہ حالات جو اس سے متعلق یا اس کے لیے معاون تھے لیکن بیماری سے متعلق نہیں تھے: _____

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

کیا آپ کو معلوم ہے کہ مریض نے آپ کے علاوہ کسی دوسرے ڈاکٹر / ہسپتال سے مشورہ کیا ہے؟ (اگر ہاں تو اس کی تفصیلات) ہاں نہیں _____

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

کیا مریض کو کسی دوسرے ڈاکٹر نے آپ کے پاس بھیجا تھا؟ اگر "ہاں" تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں: ہاں نہیں _____

Medical History / طبی تاریخ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
اگر ہاں تو: ہاں نہیں
حتمی بیماری سے قبل کیا آپ نے گزشتہ 5 سالوں میں کبھی بھی متوفی کا علاج کیا تھا؟

Details of consultation in last 5 years پچھلے 5 سالوں میں مشاورت کی تفصیلات	1	2	3	4	5
Date of consultation مشاورت کی تاریخ					
Patient presented with complaints of مریض کو ان شکایات کے لیے لایا گیا تھا					
Name of Investigations/tests prescribed کروائی گئی جانچ/ٹیسٹ کے نام					
Dates on which the tests were done and the results ٹیسٹ کیے جانے کی تاریخیں اور نتائج					
Name and address of the laboratory where the tests were done لیباریٹری کا نام اور پتہ جہاں جانچیں کی گئیں					
Treatment / Medication given دیا گیا علاج / ادویات					

Declaration / اقراریہ

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:
مندرجہ بالا بیانات میرے علم اور یقین اور میرے ہسپتال/کلینک کی طرف سے قائم کردہ ریکارڈز کے مطابق صحیح اور مکمل ہیں:

Name of the Doctor ڈاکٹر کا نام	Signature of the Doctor ڈاکٹر کے دستخط	Doctor/Hospital seal ڈاکٹر/ہسپتال کی مہر
Qualification of the Doctor ڈاکٹر کی قابلیت		
Regd. no. of the Doctor ڈاکٹر کا رجسٹریشن نمبر		
Contact no. of the Doctor ڈاکٹر سے رابطے کا نمبر		
Email id of the Doctor ڈاکٹر کی ای میل آئی ڈی		
Date تاریخ		

PNB MetLife India Insurance Company Limited
Registered office: Unit No. 701, 702 & 703, 7th Floor, West Wing, Raheja Towers, 26/27 MG 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

پی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ
رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، راجیہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117.
سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل indiaservice@pnbmetlife.co.in پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں،
ٹیکنیپلیکس - 1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکار فلائی اوور، گوریگاؤن (ویسٹ)، ممبئی، 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203