

റജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 701, 702 & 703, 7ആം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടോവേർസ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗളൂർ - 560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ ഓഫ് ഇന്ത്യ റജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. സിഐ നം. U66010KA2001PLC028883. 1-800-425-6969-ൽ ടോൾ-ഫ്രിയായി ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക. വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com ഈമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അരുമല്ലെങ്കിൽ, ഈ മേൽവിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക - ഫ്ലോറ നം. 1, ടെക്നീപ്ലക്സ് -1, ടെക്നീപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സവർകർ ഫ്ലൈവേറിന് അപുറം, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

HOSPITAL CERTIFICATE
ആശുപത്രി സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(പരിശോധിക്കുന്ന ചികിത്സകൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

Patient Details:
രോഗിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Patient:
Age: (Please Tick box) Sex: Male Female
Address of the Patient:
Telephone No:
Name & Address of the Physician:(As Applicable):
Telephone No:
Name & Address of the Hospital: (As Applicable):
Telephone No:
Hospital Inpatient No / MRD No:

Particulars of Complaints and Symptoms:
പരാതികളുടെയും രോഗലക്ഷണങ്ങളുടെയും വിശദവിവരങ്ങൾ:

1. Reason for Hospitalization:
2. Date of first diagnosis/surgery: (DD/MM/YYYY)
3. Date and time of admission: (DD/MM/YYYY)
4. Date and time of Discharge: (DD/MM/YYYY)
5. Exact diagnosis (es)/condition(s) :
6. Date of first Consultation (prior to hospitalization) (DD/MM/YYYY)
7. Was the Patient admitted to ICU? Yes No
8. A) With what complaints was the patient admitted for?
B) Since when was the patient suffering from the said complaint?
9. Please give previous medical history of the patient:
10. Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition?
11. Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs?
12. Exact cause of Illness: (if others Please specify)
13. ICD 10 Code: Details of Procedure/s done:
14. Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon:
15. Nature of identity proof submitted by patient:

**HINDI CERTIFICATE**  
ആശുപത്രി സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

16.

Sr. no ക്രമ നം.	Hospital Details ആശുപത്രിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	To be filled by Physician/Hospital ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടർ/ആശുപത്രി പുരിപ്പിക്കേത്
a.	Hospital Registration number ആശുപത്രിയുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ:	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ആശുപത്രിയിലെ ഇൻപേഷ്യന്റ് കിടക്കകളുടെ എണ്ണം (ഐ സി യു ഉൾപ്പെടെ)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ആശുപത്രിയിലെ പൂർണ്ണമായും സജ്ജമാക്കപ്പെട്ട ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററുകളുടെ എണ്ണം	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ആശുപത്രിയിലെ യോഗ്യതയുള്ള നഴ്സുമാരുടെ എണ്ണം	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock 24 മണിക്കൂറും ആശുപത്രിയിൽ ഉള്ള, പൂർണ്ണ യോഗ്യതയുള്ള ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം	

17. Details of Doctor's / Surgeons treated or advised the patient.

ഡോക്ടർമാരുടെ/രോഗിയെ ചികിത്സിച്ച സർജനുകളുടെ അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശം നൽകിയവരുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Name of the Doctor / Surgeon ഡോക്ടറുടെ/സർജന്റെ പേര്	Contact Details സമ്പർക്ക വിശദാംശങ്ങൾ

**Declaration:**

പ്രസ്താവന:

**By The Hospital**

ആശുപത്രിയിൽനിന്ന്

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. We hereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

ഈ ക്ലെയിം ഫോറത്തിൽ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ ഉത്തമ ബോധ്യത്തിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും, ശരിയുമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമായ മേൽപരാഞ്ഞ വ്യക്തിയുടെ തിരിച്ചറിയൽ വിവരങ്ങൾ ഏതെന്നായാലും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

Doctor's name & Qualification: \_\_\_\_\_  
ഡോക്ടറുടെ പേരും യോഗ്യതയും:

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്: \_\_\_\_\_ തീയതി:

Address & Seal: \_\_\_\_\_  
മേൽവിലാസവും സീലും:

(To be attested with Hospital Seal)  
(ആശുപത്രിയുടെ സീൽ സഹിതം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേത്)

**Note: All the questions are mandatory.**  
ശ്രദ്ധിക്കുക: എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകേണ്ടതാണ്.

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

ബോധ്യപ്പെടുത്തുന്നു: ഈ പരിപാലന രേഖയുടെ ഉള്ളടക്കം ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയിൽ ഉള്ളതാണ്. ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയിൽ ഉള്ളതും ഇതിന്റെ മലയാളം ഭാഷയിൽ ഉള്ളതും തമ്മിൽ വ്യത്യാസം ഉണ്ടായാൽ, ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയിൽ ഉള്ളതാണ് അന്തിമവും പ്രാബല്യമുള്ളതും. ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയിൽ ഉള്ളതും ഇതിന്റെ മലയാളം ഭാഷയിൽ ഉള്ളതും തമ്മിൽ വ്യത്യാസം ഉണ്ടായാൽ, ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയിൽ ഉള്ളതാണ് അന്തിമവും പ്രാബല്യമുള്ളതും.