

بی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹیڈ،
رجسٹرڈ دفتر: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، 7 ویں منزل، ویسٹ ونگ، راجیہ ٹاور، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور-560001، کرناٹک
- ہندوستان کا آئی آر ڈی اے رجسٹریشن نمبر 117 سی آئی نمبر۔ U66010KA2001PLC028883، ہمیں
کال کریں: ٹال فری نمبر، 1-800-425-6969، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com،
ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in، یا ہمیں لکھیں: اس پتہ پر: پہلی منزل، ٹیکنی پلکس-1، ٹیکنی پلکس کمپلیکس، آف ویئر
ساورکر فلائی اوور، گورے گاؤں (ویسٹ)، ممبئی-400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

HOSPITAL CERTIFICATE

ٹکیفرٹیسڈ لاسیٹیڈ

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

تفریحی مک (اگے اچھ ارہیدے سے سفر طے کرکے رکھاڈے لے ناوے ترکے تکرشہ

Patient Details:

تلاصیفی تی ک ضریبہ

Name of the Patient: _____
 ماہی نک ضریبہ

Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male Female
 مرء رنم ریو ک ککو ڈ س کای بائو بہم ہارہ نس جہ رتوے

Address of the Patient: _____
 ما پتہ ک کزریبہ

Telephone No: _____
 رمیفون ڈی لٹو

Name & Address of the Physician: (As Applicable): _____
 ار پتاو ماہی نک رکھاڈے (گو بولا س جی)

Telephone No: _____
 رمیفون ڈی لٹو

Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____
 ار پتاو ماہی نکل لاسیٹیڈ (گو بولا س جی):

Telephone No: _____
 رمیفون ڈی لٹو

Hospital Inpatient No / MRD No: _____
 رمیز نریر پداہ سے لاسیٹیڈ پڈ راہم

Particulars of Complaints and Symptoms:

تلاصیفی تی ک ناتوملاء راو نایتوکشہ

- Reason for Hospitalization: _____
 ہجی وک سے ل بونخاد میں لاسیٹیڈ
- Date of first diagnosis/surgery: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY)
 ریخی تی تک یرجرسہ راو شخیشی تلبیہ
- Date and time of admission: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 شقر واو ریخی تی تک سے ل بونخاد
- Date and time of Discharge: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 شقر واو ریخی تی تک سے ل بونخاد
- Exact diagnosis (es)/condition(s): _____
 عین قیاطمہ شختشعیص
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY)
 ریخی تی تلبیہ پک درشوم سے لہے بہ سے یوئر تھیں ہ
- Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
 کو ضریبہ اکیا ہا تکیاکی ل خاد میں ی یوسہ یا گرا ہونہ
- ☑ Date and time of Admission into ICU: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ی یوسہ یا شقر واو ریخی تی تک سے ل بونخاد میں شقر واو ریخی تی تک سے ل بونخاد
- ☑ Date & time of Discharge from ICU: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 شقر واو ریخی تی تک سے ل بونخاد شقر واو ریخی تی تک سے ل بونخاد
- A) With what complaints was the patient admitted for? _____
 ماہی نکل ل خاد کو ضریبہ ہاتسہ سے لایتوکشہ کن
 B) Since when was the patient suffering from the said complaint? _____
 ماہلا تمبہ سے لہے ہک ضریبہ میں فلیکی تکیہ
- Please give previous medical history of the patient: _____
 ایبیرک اجیرقہ ریخی تی تک تکیبہ ی ک لہے پک ضریبہ ی انریبہ سے لہے
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____
 ایک نظرمی سے لہے سے دجومو کن نظرمی طالساہ کی ایک ہیجی کن ہے
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____
 ایک دجومو نظرمی بشر ا کے ترا طالساہ وادیت سے منسوب ہے
- Exact cause of Illness: (if others Please specify) _____
 (ی ک یرامہ یوہ عین قیاطمہ مجبو: زریبہ ک تاحاضر ہیں تو وگڈی رگا)
 Congenital Accidental Pre-existing Disability Others
 روعدہ ہظنقا ی ناسداہ لہے دجومو رگڈی
- ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____
 تکیبہ ی ک یوسہ یا تلاصیفی تک طوں اہضہ سے گڈے
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____
 کتشرشہ والے نکر ترکھاڈا / نجرسہ ی فیض اے اہ فطر ی ک ریصنہ
- Nature of identity proof submitted by patient: _____
 مرخص کی فطر سے ہٹن ختاشہ کے تثبیط طرف ی ک

16.

Sr. no انگریزی	Hospital Details ہسپتال تفصیلات	To be filled by Physician/Hospital ڈاکٹر/ہسپتال کی معرفت پھرا جائے گا
a.	Hospital Registration number ہسپتال رجسٹریشن نمبر	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) (ہسپتال میں بستروں کی تعداد (سمیت ای سی یو کے))	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ہسپتال میں مکمل طور پر لہجے آپریشن تھیٹروں کی تعداد	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ہسپتال میں تعلق یافتہ نرسوں کی تعداد	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock ل طور پر ڈاکٹروں کی ہسپتال میں چوبیسوں گھنٹے رہتے ہیں	

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

مریضوں کا علاج کرنے والے اور مشورہ دینے والے ڈاکٹر اور اسرجنوں کے تفصیلات

Name of the Doctor / Surgeon ڈاکٹر / اسرجن کا نام	Contact Details رابطہ تفصیلات

Declaration:

اعلان

By The Hospital

ہسپتال کی معرفت

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.

ہم اس طرح اعلان کرتے ہیں کہ دعویٰ فارم میں فراہم کردہ معلومات سچی اور یقین کے مطابق درست اور سچ ہے۔ جس کے تحت اپر ذکر کردہ شخص کی پہچان کی توثیق کرتے ہیں جس نے ہسپتال میں علاج کرایا۔

Doctor's name & Qualification: _____
ڈاکٹر کا نام اور اہلیات

Doctor's Signature: _____ Date: _____
ڈاکٹر کے دستخط تاریخ

Address & Seal: _____
پتہ اور سیل

(To be attested with Hospital Seal)

ہسپتال کی سیل کے ساتھ تصدیق کیا جائے گا

Note: All the questions are mandatory.

نوٹ تمام سوالات لازمی ہیں

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.

نوٹ: سرونگ فارم کی موجودہ پالیسی، اصل مواد پر مشتمل اس کے مقامی زبان کے ترجمہ کے ساتھ ساتھ انگریزی میں ہے۔ ترجمہ اور اصل انگریزی ورژن کے درمیان پیدا ہونے والے کسی اختلاف کی صورت میں، انگریزی ورژن پر غور کیا جائے گا اور اسی کو ترجیح دیا جائیگا۔