

## Attending Physician's Statement - Disability Claim

### जाँचकर्ता चिकित्सक का बयान – असमर्थता का दावा

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

नोट: कृपया सभी पृष्ठों पर नीचे हस्ताक्षर करें।

#### DOCTOR'S DETAILS:

चिकित्सक का विवरण:

Name of the Attending Physician: _____ जाँचकर्ता चिकित्सक का नाम:	
Name of the Clinic / Hospital: _____ क्लीनिक / अस्पताल का नाम:	
Address: _____ पता:	
Contact No.: _____ संपर्क नं.	E-mail address: _____ ई-मेल पता

#### CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

दावेदार/रोगी का विवरण:

Name of the Claimant: _____ दावेदार का नाम:	
Address: _____ पता:	
Age & Sex: _____ आयु और लिंग	Hospital/Indoor Patient Number: _____ अस्पताल/आंतरिक रोगी संख्या:

#### SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

स्पष्ट करें कौन सी असमर्थता लागू होती है:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye<br>एक आँख से दिखाई न देना | <input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb<br>एक अंग न चलना  | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes<br>दोनों आँखों से दिखाई न देना                          |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing<br>बहरापन                          | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs<br>दो अंग न चलना | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye<br>एक अंग न चलना और एक आँख से दिखाई न देना |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing<br>गूँगापन और बहरापन    | <input type="checkbox"/> Loss of Speech<br>गूँगापन                 |   |

#### HISTORY

इतिहास

Date of first Consultation: _____ प्रथम जाँच की तिथि:
Details of the Doctor who treated first: _____ पहली बार इलाज करने वाले चिकित्सक का विवरण:
Date of appearance of first symptoms: _____ पहली बार लक्षण दिखाई देने की तिथि:
Has the patient ever had the same or similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No या रोगी ने पहले कभी यही या इससे मिलती-जुलती अवस्था का सामना किया है <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____ (यदि "हाँ," तो यह बताएं कि कब और विवरण दें। कृपया आवश्यक होने पर एक और पृष्ठ संलग्न करें):

**PRESENT CONDITION:**

वर्तमान अवस्था:

Subjective symptoms: \_\_\_\_\_  
व्यक्तिपरक लक्षण:Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
सामान्य निष्कर्ष (वर्तमान एक्स-रे, ईसीजी या किन्हीं अन्य विशेष परीक्षणों के परिणाम शामिल करें):**DIAGNOSIS:**

रोग-निदान:

Please provide details: \_\_\_\_\_  
कृपया विवरण दें:**TREATMENT:**

इलाज

Date of first visit: \_\_\_\_\_  
पहली मुलाकात की तिथि:OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
OP संख्या/अस्पताल सं./आंतरिक रोगी सं.Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
अंतिम मुलाकात की तिथि: मुलाकातों की आवृत्ति (साप्ताहिक/मासिक/अन्य):Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
अंतिम जाँच की तिथि:Is this Disability permanent: \_\_\_\_\_  
क्या यह असमर्थता स्थायी है:Is this Disability Reversible: \_\_\_\_\_  
क्या यह असमर्थता ठीक होने योग्य है:What was the cause of disability: \_\_\_\_\_  
असमर्थता का कारण क्या था:Is this disability result of Accident: \_\_\_\_\_  
क्या यह असमर्थता किसी दुर्घटना का परिणाम है:**PROGRESS:**

प्रगति:

 Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed  
स्वस्थ बेहतर कोई सुधार नहीं ज़्यादा बीमार**MENTAL CONDITION:**

मानसिक स्थिति

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of?  Yes  No  
क्या रोगी जाँचों की पुष्टि करने और उनसे होने वाले लाभ दिखाने में सक्षम है? हाँ नहीं**DECLARATION:**

घोषणा:

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

मेरी जानकारी और भरोसे के अनुसार ये बयान सही और पूर्ण हैं।

Name & Signature of the Physician: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
चिकित्सक का नाम और हस्ताक्षर: दिनांक:Qualifications: \_\_\_\_\_  
योग्यता:Reg. No.: \_\_\_\_\_ (Seal)  
पंजीकरण सं. (मुहर)

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.

नोट: वर्तमान पॉलिसी सर्विसिंग फॉर्म में अंग्रेजी में मूल सामग्री के साथ-साथ मातृ भाषा में उसका अनुवाद मौजूद है। अनुवादित संस्करण और मूल अंग्रेजी संस्करण के बीच उत्पन्न होने वाली किसी असहमति की स्थिति में, अंग्रेजी संस्करण को अंतिम माना जाएगा और वही लागू होगा।