

پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ،
رجسٹرڈ دفتر: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، 7ویں منزل، ویسٹ ونگ، ریہیجا 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 اور، گورے گاؤں (ویسٹ)، ممبئی-400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

Attending Physician's Statement - Disability Claim

شرکت کرنے والے ڈاکٹر کے بیان - معذوری کا دعوا

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

نوٹ تمام صفحات پر نیچے سائن کریں

DOCTOR'S DETAILS:

ڈاکٹر کی تفصیلات

Name of the Attending Physician: _____
شرکت کرنے والے ڈاکٹر کا نام

Name of the Clinic / Hospital: _____
کلینک/ہسپتال کا نام

Address: _____
پتہ

Contact No.: _____ E-mail address: _____
رابطہ نمبر ای میل پتہ

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

مریض کی تفصیلات

Name of the Claimant: _____
دعویدار کا نام:

Address: _____
پتہ

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____
عمر اور جنس مریض کا نمبر: ہسپتال/اندور

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

وضاحت کریں کون سی معذوری قابل اطلاق ہے

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ایک آنکھ کی بینائی کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ایک عضو کے استعمال کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes دونوں آنکھ کی بینائی کا نقصان |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing سماعت کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs دو عضو کے استعمال کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ایک آنکھ کی بینائی کا نقصان |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing تقریر اور سماعت کا نقصان | <input type="checkbox"/> Loss of Speech تقریر کا نقصان | |

HISTORY

تفصیلات

Date of first Consultation: _____
پہلے مشاورے کی تاریخ

Details of the Doctor who treated first: _____
تفصیلات جس نے پہلے علاج شروع کیا

Date of appearance of first symptoms: _____
علامات کے ظہور کی پہلی تاریخ

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No
کیا مریض کو کبھی بھی ایسی علامتیں ہوئیں یا ماضی میں اسی طرح کی حالت تھی

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____
(اگر "ہاں" تو بیان کریں کب اور تفصیلات فراہم کریں)

PRESENT CONDITION:

موجودہ حالات:

Subjective symptoms: _____
 سائیکش علامات:
 Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
 نفسی نتائج (سمیت موجودہ ایکس-ریز، ای سی جی یا کوئی دوسرا خاص جانچ)

DIAGNOSIS:

تشخیص

Please provide details: _____
 برائے مہربانی تفصیلات فراہم کریں

TREATMENT:

علاج

Date of first visit: _____
 پہلی ملاقات کی تاریخ:
 OP Number/Hospital No./Indoor Patient No.: _____
 اوپنی نمبر/ہسپتال نمبر/اندرومریٹس نمبر:
 Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 کچھ ملاقات کی تاریخ: ملاقاتوں کی کثرت (دیگر/ہفتہ وار/ماہانہ):
 Date of Last examination: _____
 پچھلے معائنے کی تاریخ:

Is this Disability permanent: _____
 کیا یہ معذوری مستقل ہے:
 Is this Disability Reversible: _____
 کیا یہ معذوری پلٹاوی
 What was the cause of disability: _____
 معذوری کی وجہ کیا ہے
 Is this disability result of Accident: _____
 کیا یہ معذوری حادثے کا نتیجہ ہے

PROGRESS:

ترقی

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 پھر سے بحال بہتر ہوئی بہتر نہیں حالت بگڑی

MENTAL CONDITION:

دماغی حالت

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes No
 کیا مریٹس کو اہل جانچ اور اس کی آمدنی کے استعمال کا حکم دینے کا اختیار ہے ہاں نہیں

DECLARATION:

اعلان:

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

یہ بیانات میرے بہترین علم اور یقین سے سچ اور مکمل ہیں

Name & Signature of the Physician: _____

ڈاکٹر کا نام اور دستخط

Date: _____

تاریخ

Qualifications: _____

اہلیتیں

Reg. No.: _____

رجسٹریشن نمبر

(Seal)
(مہر)

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 حتمی طور پر غور کیا جائے گا اور اس کو ترجیح دیا جائے گا۔