

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims) ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (ગંભીર માંદગીના દાવા માટે)

Personal Details/વ્યક્તિગત વિગતો

Name of the patient: _____
દર્દીનું નામ: _____

Father / Spouse's Name: _____
પિતા / જીવનસાથીનું નામ: _____

Age:/ઉંમર: _____ Gender:/લિંગ: Male/પુરુષ Female/સ્ત્રી

Address:/સરનામું: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
શહેર રાજ્ય દેશ પિન કોડ:

Hospital Details/હોસ્પિટલની વિગતો

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
આઉટપેશન્ટ/ઇનપેશન્ટ નં: (જો ઇનપેશન્ટ હોય) આ રોજથી આ રોજ સુધી

Hospital Name: _____
હોસ્પિટલનું નામ: _____

Name of Critical Illness (As per the product)/ગંભીર માંદગીનું નામ (ઉત્પાદન મુજબ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack હૃદય રોગનો હુમલો	<input type="checkbox"/> Cancer કેન્સર	<input type="checkbox"/> Coma બેભાન અવસ્થા	<input type="checkbox"/> Angioplasty એન્જીયોપ્લાસ્ટી	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy કાર્ડિયોમાયોપથી	<input type="checkbox"/> Paralysis લકવો	<input type="checkbox"/> Deafness બહેરાપણું
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta મુખ્ય ધોરી નસની શસ્ત્રક્રિયા	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis મલ્ટિપલ સ્ક્લેરોસિસ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech વાણીનો અભાવ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease અલ્ઝાઇમરનો રોગ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs અંગોનું નુકશાન		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) સીએબીજી(કોરોનરી ધમનીની બાયપાસ શસ્ત્રક્રિયા)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome એપેલિક સિન્ડ્રોમ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor મગજની સૌમ્ય ગાંઠ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease અંતિમ તબક્કાનો લીવરનો રોગ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma મગજને મુખ્ય ઈજા	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia એપ્લાસ્ટિક એનિમિયા	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease પાર્કિન્સનનો રોગ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension પ્રાથમિક પલ્મોનરી હાઇપરટેન્શન			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ચાલક ચેતાકોષ રોગ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure કિડનીનું નિષ્ફળ જવું	<input type="checkbox"/> Major Burns મુખ્ય બર્ન	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease દીર્ઘકાલિન ફેફસાંનો રોગ	<input type="checkbox"/> Stroke આઘાત	<input type="checkbox"/> Blindness અંધાપો	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery મગજની શસ્ત્રક્રિયા	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant મુખ્ય અંગોનું પ્રત્યારોપણ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery હૃદયના વાલ્વની શસ્ત્રક્રિયા	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis લ્યુપસ નેફ્રિટિસની સાથે એસએલઈ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis બાળલકવો		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy મસ્ક્યુલર ડિસ્ટ્રોફી	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease મેડ્યુલરી સિસ્ટીકનો રોગ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence સ્વતંત્ર અસ્તિત્વનું નુકશાન	<input type="checkbox"/> Terminal Illness અંતિમ તબક્કામાં આવેલી જીવલેણ માંદગી			

Nature of Habits/આદતોની પ્રકૃતિ

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____
ધૂમ્રપાન દારૂ તમાકુ માદક દ્રવ્ય- જો હા હોય તો, ઉપભોગનો સમયગાળો

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
ઉપભોગ કરેલ પ્રમાણ અન્ય (કૃપા કરીને નિર્દિષ્ટ કરો)

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

પીએનબી મેટલાઇફ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, 7મો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ જી રોડ, બેંગ્લોર - 560001, કર્ણાટક. આઇઆરડીએ ભારત નોંધણી ક્રમાંક 117. સીઆઈ નં. U66010KA2001PLC028883, અમને 1-800-425-6969 પર ટોલ-ફ્રી કોલ કરો, વેબસાઇટ: www.pnbmetlife.com, ઇમેઇલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને આ સરનામા પર લખો, 1લી માળ, ટેકનિપ્લેક્સ -1, ટેકનિપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

Diagnosis & Treatment/નિદાન અને સારવાર

Date of First Consultation/diagnosis: _____
પ્રથમ પરામર્શ/નિદાનની તારીખ:

What were the symptoms / illness / disease? _____
લક્ષણો / માંદગી / રોગ શું હતાં?

Which investigations / tests were performed: _____
કયા તપાસ / પરીક્ષણો કરવામાં આવ્યાં હતાં:

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
લક્ષણો / માંદગી / રોગનો સમયગાળો:

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
નિદાન કરવામાં આવ્યું અને દર્દીને જાણ કરાઈ:

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
માંદગીની શરૂઆત થવા પર અને નિદાન વચ્ચેનો અંતરાલ: વર્ષ મહિના દિવસ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness:/ પહેલાંની સ્થિતિઓ જે આનાથી સંબંધિત છે અથવા તેમાં સહાયક છે પરંતુ માંદગીના કારણથી સંબંધિત નથી:

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) Yes No
શું તમે વાકેફ છો કે દર્દીએ તમારા સિવાય કોઈ અન્ય ડોક્ટર / હોસ્પિટલથી પરામર્શ કર્યું છે? (જો કર્યું હોય તો, તેની વિગતો) હા ના

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: Yes No
શું દર્દી તમારી પાસે અન્ય કોઈ ડોક્ટરના સંદર્ભ દ્વારા આવ્યાં હતાં? જો "હા" હોય, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો: હા ના

Medical History/તબીબી ઇતિહાસ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
શું તમે અંતિમ માંદગીની પહેલાં મૃત વ્યક્તિની છેલ્લાં 5 વર્ષમાં ક્યારેય પણ સારવાર કરી હતી? હા ના જો કરી હોય તો;

Details of consultation in last 5 years છેલ્લાં 5 વર્ષમાં પરામર્શ કર્યાની વિગતો	1	2	3	4	5
Date of consultation પરામર્શની તારીખ					
Patient presented with complaints of દર્દીને આની ફરિયાદ થઈ રહી હતી					
Name of Investigations/tests prescribed નિયત કરાયેલ તપાસ / પરીક્ષણોના નામ					
Dates on which the tests were done and the results પરીક્ષણો જ્યારે થયાં હતાં તે તારીખો અને પરિણામો					
Name and address of the laboratory where the tests were done જ્યાં પરીક્ષણો થયાં હતાં તે પ્રયોગશાળાનું નામ અને સરનામું					
Treatment / Medication given આપવામાં આવેલ સારવાર / દવા					

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

પીએનબી મેટલાઇફ ઇન્ડિયા ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ
રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, 7મો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ જી રોડ, બેંગલોર - 560001, કર્ણાટક. આઈઆરડીઆઈ ભારત નોંધણી ક્રમાંક 117. સીઆઈઈ નં.
U66010KA2001PLC028883, અમને 1-800-425-6969 પર ટોલ-ફ્રી કોલ કરો, વેબસાઇટ: www.pnbmetlife.com, ઇમેઇલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને આ સરનામા પર લખો, 1લી માળ,
ટેકનિપ્લેક્સ -1, ટેકનિપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203

Declaration/ઘોષણા

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:
ઉપર આપેલા વિધાનો, મારી શ્રેષ્ઠતમ જાણકારી અને માન્યતા અનુસાર અને મારા/હોસ્પિટલ/ક્લિનિક દ્વારા જાળવવામાં આવતા રેકોર્ડ્સ મુજબ સાચા અને સંપૂર્ણ છે:

Name of the Doctor ડૉક્ટરનું નામ		Signature of the Doctor ડૉક્ટરની સહી	Doctor/Hospital seal ડૉક્ટર/હોસ્પિટલની મહોર
Qualification of the Doctor ડૉક્ટરની પાત્રતા			
Regd. no. of the Doctor ડૉક્ટરનો નોંધણી નં.			
Contact no. of the Doctor ડૉક્ટરનો સંપર્ક નં.			
Email id of the Doctor ડૉક્ટરનો ઇમેઇલ આઈડી			
Date તારીખ			

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

પીએનબી મેટલાઇફ ઇન્ડિયા ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નં. 701, 702 અને 703, 7મો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ જી રોડ, બેંગલોર - 560001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ ભારત નોંધણી ક્રમાંક 117. સીઆઈ નં. U66010KA2001PLC028883, અમને 1-800-425-6969 પર ટોલ-ફ્રી કોલ કરો, વેબસાઇટ: www.pnbmetlife.com, ઇમેઇલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને આ સરનામા પર લખો, 1લી માળ, ટેકનિપ્લેક્સ -1, ટેકનિપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ, ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ), મુંબઈ - 400062. ફોન: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203