

## Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

### ഡോക്ടറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം (ഗുരുതര രോഗത്തിനുള്ള ക്ലെയിമുകൾക്ക്)

#### Personal Details/ വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ

Name of the patient: \_\_\_\_\_  
 രോഗിയുടെ പേര്:

Father / Spouse's Name: \_\_\_\_\_  
 പിതാവിന്റെ / ജീവിത പങ്കാളിയുടെ പേര്:

Age:/വയസ്സ്: \_\_\_\_\_ Gender:/ലിംഗഭേദം:  Male/ പുരുഷൻ  Female/സ്ത്രീ

Address:/വിലാസം: \_\_\_\_\_

---

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
 നഗരം സംസ്ഥാനം രാജ്യം പീൻ കോഡ്:

#### Hospital Details/ ആശുപത്രിയുടെ വിവരങ്ങൾ

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ (If In Patient) From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 ഔട്ട്പേഷ്യന്റ്/ഇൻ-പേഷ്യന്റ് നമ്പർ: (ഇൻ പേഷ്യന്റ് ആണെങ്കിൽ) മുതൽ വരെ

Hospital Name: \_\_\_\_\_  
 ആശുപത്രിയുടെ പേര്:

#### Name of Critical Illness (As per the product)/ ഗുരുതരമായ രോഗത്തിന്റെ പേര് (ഉൽപ്പന്നം അടിസ്ഥാനമാക്കി)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ഹൃദയാഘാതം	<input type="checkbox"/> Cancer അർബുദം	<input type="checkbox"/> Coma കോമ	<input type="checkbox"/> Angioplasty ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy കാർഡിയോമയോപതി	<input type="checkbox"/> Paralysis തളർവാതം	<input type="checkbox"/> Deafness ബധിരത
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta മഹാധമനിയുടെ സർജറി	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്	<input type="checkbox"/> Loss of Speech സംസാരശേഷി നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs അവയവങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടൽ		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) CABG (കൊറോണറി ആർട്ടറി ബൈപാസ് സർജറി)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome അപലിക് സിൻഡ്രം	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ബിനൈൻ ബ്രെയിൻ ട്യൂമർ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease കരൾ രോഗത്തിന്റെ അന്തിമ ഘട്ടം			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma തലയിലുണ്ടാകുന്ന ഗുരുതര ആഘാതം	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia എപ്ലാസ്റ്റിക് അനീമിയ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease പാർക്കിൻസൺസ് രോഗം	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension പ്രൈമറി പൾമണറി ഹൈപ്പർടെൻഷൻ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസ്	<input type="checkbox"/> Kidney Failure കിഡ്നിയുടെ പ്രവർത്തനം തകരാറിലാവുക	<input type="checkbox"/> Major Burns ഗുരുതരമായ തീപ്പൊള്ളൽ	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ദീർഘകാലമായുള്ള ശ്വാസകോശ രോഗം	<input type="checkbox"/> Stroke സ്ട്രോക്ക്	<input type="checkbox"/> Blindness അന്ധത	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ബ്രെയിൻ സർജറി	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant അവയവം മാറ്റിവയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ഹൃദയ വാൽവ് സർജറി	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis പ്ലൂപ്പസ് നെഫ്രൈറ്റിസോട് കൂടിയ SLE	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis പോളിയോമൈലിറ്റിസ്		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy മസ്കുലർ ഡിസ്ട്രോഫി	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease മെഡുല്ലറി സിസ്റ്റിക് ഡിസീസ്	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence സ്വയം കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യാനാകാത്ത അവസ്ഥ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ഗുരുതരമായ രോഗം			

#### Nature of Habits/ രോഗത്തിന് കാരണമാവുന്ന ശീലങ്ങൾ

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
 പുകവലി മദ്യപാനം പുകയില ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, അത് എത്ര കാലം

Quantity consumed \_\_\_\_\_ Others (Please Specify) \_\_\_\_\_  
 ഉപയോഗിച്ചതിന്റെ അളവ് മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnosis & Treatment/ രോഗനിർണ്ണയവും ചികിത്സയും**

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_  
 ആദ്യം കൂടിക്കാഴ്ച/രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ തീയതി:

What were the symptoms / illness / disease? \_\_\_\_\_  
 രോഗലക്ഷണം / രോഗാവസ്ഥ / രോഗം എന്തൊക്കെയാണ്?

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
 ഏതൊക്കെ അന്വേഷണങ്ങൾ/പരിശോധനകളാണ് നടത്തിയത്?

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
 രോഗലക്ഷണത്തിന്റെ / രോഗാവസ്ഥയുടെ / രോഗത്തിന്റെ കാലയളവ്:

Diagnosis made and Informed to the patient: \_\_\_\_\_  
 രോഗ നിർണ്ണയം നടത്തി രോഗിയെ അറിയിച്ചത്:

Interval between onset and diagnosis: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
 അസുഖം ആരംഭിച്ചത് മുതൽ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയത് വരെയുള്ള ഇടവേള: വർഷം മാസം ദിവസം

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness:/ രോഗാവസ്ഥയുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെട്ടതല്ലാത്തതെങ്കിലും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് മുമ്പുണ്ടായതോ അതിലേക്ക് നയിച്ചതോ ആയ ശാരീരികവ്യതിയാനങ്ങൾ: \_\_\_\_\_

---

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof)  Yes  No  
 രോഗി നിങ്ങളല്ലാതെ മറ്റേതെങ്കിലും ഡോക്ടറുടെ / ആശുപത്രിയുടെ സേവനം തേടിയിരുന്നോ എന്ന കാര്യം നിങ്ങൾക്ക് അറിയാമോ? അറിയാം ഇല്ല (ഉണ്ടെങ്കിൽ, അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിശദാംശങ്ങൾ)

---

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details:  Yes  No  
 രോഗിയെ നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടർ റഫർ ചെയ്തതാണോ? "ആണെങ്കിൽ" വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: അതെ അല്ല

**Medical History/ വൈദ്യപരിശോധന ചരിത്രം**

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes; കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിനിടെ, രോഗാവസ്ഥയുടെ അവസാനത്തിന് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും നിങ്ങൾ മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ ചികിത്സിച്ചിട്ടുണ്ടോ?  ഉണ്ട്  ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ:

Details of consultation in last 5 years കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തെ പരിശോധനയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	1	2	3	4	5
Date of consultation കൂടിക്കാഴ്ച നടത്തിയ തീയതി					
Patient presented with complaints of രോഗിയ്ക്ക് എപ്പോൾ മുതലാണ് ഈ അസുഖം ഉണ്ടായതെന്നത്					
Name of Investigations/tests prescribed നിർദ്ദേശിച്ച അന്വേഷണങ്ങളുടെ/ പരിശോധനകളുടെ പേര്					
Dates on which the tests were done and the results പരിശോധനകൾ നടത്തിയ തീയതി, അതിന്റെ ഫലങ്ങൾ					
Name and address of the laboratory where the tests were done പരിശോധനകൾ നടത്തിയ ലബോറട്ടറിയുടെ പേരും വിലാസവും					
Treatment / Medication given നിങ്ങൾ നൽകിയ ചികിത്സ / മെഡിക്കേഷൻ					

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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്  
 രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടോവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ, ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. CI നമ്പർ. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക, വെബ്സൈറ്റ്: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ഇമെയിൽ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) അല്ലെങ്കിൽ ഈ വിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നിലിക്സ് -1, ടെക്നിലിക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സാവർക്കർ ഫ്ലൈവേറിന് സമീപം, ഗോരോഗാവ് (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

**Declaration/സത്യവാങ്മൂലം**

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:  
 ഞാൻ/ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്ക് നിലനിർത്തിപ്പോരുന്ന രേഖകൾ അനുസരിച്ച്, മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണ്:

Name of the Doctor ഡോക്ടറുടെ പേര്		Signature of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്	Doctor/Hospital seal ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ സീൽ
Qualification of the Doctor ഡോക്ടറുടെ യോഗ്യത			
Regd. no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ			
Contact no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ			
Email id of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഇമെയിൽ ഐഡി			
Date തീയതി			

**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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്  
 രജിസ്ട്രേഷൻ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ,  
 ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. CI നമ്പർ. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക, വെബ്സൈറ്റ്:  
[www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ഇമെയിൽ: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) അല്ലെങ്കിൽ ഈ വിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നിലെക്സ് -1, ടെക്നിലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സാവർക്കർ  
 ഫ്ലൈവേറിന് സമീപം, ഗോരഗോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203