

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims) डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र (गंभीर स्वरूपांच्या आजारांबाबतीत)

Personal Details/ वैयक्तिक तपशील

Name of the patient: _____
रुग्णाचे नाव: _____

Father / Spouse's Name: _____
वडील / जोडीदाराचे नाव: _____

Age:/वय: _____ Gender:/लिंग: Male/पुरुष Female/स्त्री

Address:/पत्ता: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
शहर राज्य देश पिन कोड:

Hospital Details/ रुग्णालय तपशील

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
आउट रुग्ण/ इन रुग्ण नं: (इन रुग्ण असल्यास) पासून पर्यंत

Hospital Name: _____
रुग्णालयाचे नाव: _____

Name of Critical Illness (As per the product)/ गंभीर स्वरूपांच्या आजाराचे नाव (उत्पादनानुसार)

<input type="checkbox"/> Heart Attack हृदय विकाराचा झटका	<input type="checkbox"/> Cancer कर्करोग	<input type="checkbox"/> Coma कोमा	<input type="checkbox"/> Angioplasty एंजिओप्लास्टी	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy कार्डियोमायोपॅथी	<input type="checkbox"/> Paralysis पॅरालिसीस	<input type="checkbox"/> Deafness डिफनेस
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta अॅओर्टा (महाधमनी) शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis मल्टीपल स्केलेरोसिस	<input type="checkbox"/> Loss of Speech वाचा जाणे	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease अलझायमर रोग	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs अवयव गमावणे		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) सीएबीजी (कोरोनरी आर्टरी बायपास सर्जरी)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome एपेलिक सिंड्रोम	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor सौम्य ब्रेन ट्यूमर	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease अंतिम टप्प्यातील यकृताचे रोग			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma डोक्याचा मोठा आजार	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia अप्लास्टिक अनेमिया	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease पार्किन्सन रोग	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension प्राथमिक फुफ्फुसीय हायपरटेंशन			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease मोटर न्यूरॉन डिसीझ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure किडनी फेल्युअर	<input type="checkbox"/> Major Burns मोठ्या प्रमाणात भाजणे	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease तीव्र फुफ्फुसाचा रोग	<input type="checkbox"/> Stroke स्ट्रोक	<input type="checkbox"/> Blindness अंधत्व	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery मेटू शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant प्रमुख अवयव प्रत्यारोपण	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery हार्ट वाल्व्ह शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ल्यूपस नेफराईटससह एसएलई	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis पोलियोमायलिसिस		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy स्नायू विकृती	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease मेड्युरी सिस्टिक डिसीझ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence स्वतंत्र अस्तित्व गमावणे	<input type="checkbox"/> Terminal Illness टर्मिनल इलनेस			

Nature of Habits/सवयींचे स्वरूप

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____
धूमपान मद्यपान तंबाखू ड्रग्स होय, असल्यास सेवन करण्याचा कालावधी

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
सेवन करण्याचे प्रमाण इतर (कृपया निर्दिष्ट करा)

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

पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702, 703, 7 वा मजला, पश्चिम विंग, रहेजा टॉवर, 26/27 एमजी रोड, बंगलोर- 560001, कर्नाटक. भारतीय आयआरडीए नोंदणी क्रमांक 117. सीआय नं. U66010KA2001PLC028883, आमहाला 1-800-425-6969 या क्रमांकावर टोल फ्री कॉल करा, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in किंवा आमहाला 1 ला मजला, टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स संकूल, ऑफ वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगाव (पश्चिम), मुंबई - 400062 येथे लिहा. फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

Diagnosis & Treatment/निदान आणि उपचार

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 प्रथम सल्ला / निदानाची तारीख:

What were the symptoms / illness / disease? _____
 लक्षण / आजार / रोग काय होते?

Which investigations / tests were performed: _____
 कोणत्या तपासण्या / चाचण्या करण्यात आल्या:

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 लक्षण / आजार / रोगाचा कालावधी:

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 निदान केले आणि रुग्णास माहिती दिली:

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 रोग होणे आणि मृत्यू यामधील कालावधी वर्ष महिने दिवस

Antecedent conditions related or contributing but not related to the illness:/आजाराच्या कारणाशी संबंधित पूर्वकालीन किंवा त्यास कारणीभूत ठरलेल्या परंतु संबंधित नसलेल्या परिस्थिती

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) Yes No
 रुग्णाने तुमच्याशिवाय इतर कोणत्या डॉक्टरचे मार्गदर्शन घेतल्याचे तुम्हाला माहित आहे का? (जर होय असल्यास, त्याचा तपशील) होय नाही

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: Yes No
 रुग्णाने तुम्हाला इतर कोणत्या डॉक्टरचा संदर्भ दिला होता का? जर "होय" असल्यास कृपया तपशील प्रदान करा: होय नाही

Medical History/वैद्यकीय इतिहास

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 अंतिम आजारापूर्वी तुम्ही मागील 5 वर्षांमध्ये कधी मृतकाचे उपचार केले आहेत का? होय नाही होय असल्यास;

Details of consultation in last 5 years मागील 5 वर्षांत सल्लामसलतीचा तपशील	1	2	3	4	5
Date of consultation सल्लामसलतीची तारीख					
Patient presented with complaints of रुग्णाला यावेळेपासून ही तक्रार होती					
Name of Investigations/tests prescribed तुम्ही सुचविलेल्या चाचण्या/ तपासण्यांची नावे					
Dates on which the tests were done and the results कोणती चाचणी/ केव्हा झाली आणि त्याच्या परिणामांच्या तारखा					
Name and address of the laboratory where the tests were done चाचण्या करण्यात आल्या त्या प्रयोगशाळेचे नाव आणि पत्ता					
Treatment / Medication given दिलेले उपचार / औषधोपचार					

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

पीएनबी मेटलाईफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702, 703, 7 वा मजला, पश्चिम विंग, रहेजा टॉवर, 26/27 एमजी रोड, बंगलोर- 560001, कर्नाटक. भारतीय आयआरडीए नोंदणी क्रमांक 117. सीआय नं. U66010KA2001PLC028883, आमहाला 1-800-425-6969 या क्रमांकावर टोल फ्री कॉल करा, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in किंवा आमहाला 1 ला मजला, टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स संकुल, ऑफ वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरेगाव (पश्चिम), मुंबई - 400062 येथे लिहा. फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203

Declaration/घोषणापत्र

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:

वरील सर्व विधाने माझे ज्ञान आणि विश्वास आणि माझ्या / रुग्णालय / दवाखान्याद्वारे ठेवलेल्या नोंदीनुसार सत्य आणि पूर्ण आहेत:

Name of the Doctor डॉक्टरांचे नाव		Signature of the Doctor डॉक्टरांची स्वाक्षरी	Doctor/Hospital seal डॉक्टर/ रुग्णालय सील
Qualification of the Doctor डॉक्टरांची पात्रता			
Regd. no. of the Doctor डॉक्टरांचा नोंदणी क्रमांक			
Contact no. of the Doctor डॉक्टरांचा संपर्क क्रमांक			
Email id of the Doctor डॉक्टरांचा ईमेल आयडी			
Date तारीख			

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट नं. 701, 702, 703, 7 वा मजला, पश्चिम विंग, रहेजा टॉवर, 26/27 एमजी रोड. बंगलोर- 560001, कर्नाटक. भारतीय आयआरडीए नोंदणी क्रमांक 117. सीआय नं. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला 1-800-425-6969 या क्रमांकावर टोल फ्री कॉल करा, वेबसाइट: www.pnbmetlife.com, ईमेल: indiaservice@pnbmetlife.co.in किंवा आम्हाला 1 ला मजला, टेक्नीप्लेक्स -1, टेक्नीप्लेक्स संकुल, ऑफ वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरेगाव (पश्चिम), मुंबई - 400062 येथे लिहा. फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203