

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. Insurance Regulatory and Development Authority of India Registration number 117. Cl No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: <a href="https://www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mail: indiaservice@pnbmetlife.com">indiaservice@pnbmetlife.com</a> of India Registration number 117. Cl No. U66010KA2001PLC028883, Call us Toll-free at 1-800-425-6969, Website: <a href="https://www.pnbmetlife.com">www.pnbmetlife.com</a>, Email: <a href="mail: indiaservice@pnbmetlife.com">indiaservice@pnbmetlife.com</a> or with the common of Indiaservice of Indiaservice

## ਪੀਐੱਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸ਼ੋਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ

ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜ਼ਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੇਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ – 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ਼ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117. CI ਨੰਬਰ U66010KA2001PLC028883, ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪੌਰਿਲੀ ਮੰਜ਼ਲ ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1. ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ਼ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੋਗਾਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ– 400062 'ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203

## **Attending Physician's Statement - Disability Claim** ਹਾਜਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਬਿਆਨ – ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਦਾਅਵਾ

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਪੰਨਿਆਂ 'ਤੇ ਥੱਲੇ ਦਸਖ਼ਤ ਕਰੋ।

## **DOCTOR'S DETAILS:** ਕਾਕਟਕ ਦਾ ਟੇਕਟਾ.

2.4C0 C. 404:			
Name of the Attending Physician:			
ਹਾਜ਼ਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:			
Name of the Clinic/Hospital: ਕਲੀਨਿਕ ⁄ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ:			
Address: ਪਤਾ:			
Contact No.:	E-mail address:		
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ:	ਈਮੇਲ ਪਤਾ:		
CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:/₹	ਾਅਵੇਦਾਰ/ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:		
ਦਾਅਦੇਵਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:			
Address:			
ਪਤਾ:			
Age & Sex: ਉਮਰ ਅਤੇ ਲਿੰਗ:	——— Hospital/Indoor Patient Number: ————————————————————————————————————		
ਰਿੰਸਰ ਅਤੇ ।ਲਗ:	ਹਸਪਤਾਲ/ਹਸਤਪਾਲ ਵਿਚ ਭਰਤ। ਮਗਜ਼ ਨਬਰ:		
SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:/ਦਾਖਲ ਕਰੋ ਜੋ ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:			
□ Loss of sight of one Eye ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਜਾਣਾ	□ Loss on use of one Limb □ Loss of sight of both the eyes ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝੇ ਹੋ ਜਾਣਾ ਦੋਵਾਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਦਾ ਜਾਣਾ		
□ Loss of Hearing ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ	□ Loss of use of two limbs □ Loss of one limb & loss of sight of one eye ਦੋ ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਡਾ ਹੋ ਜਾਣਾ ਇੱਕ੍ ਅੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਡਾ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅੱਖ		
□ Loss of speech and hearing ਬੋਲਣ ਅਤੇ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ	□ Loss of Speech ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਦਾ ਜਾਣਾ ਬੋਲਣ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ		
HIGTORY			
HISTORY ਇਤਿਹਾਸ			
Date of first Consultation: ਪਹਿਲੇ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੀ ਮਿਤੀ:			
Details of the Doctor who treated first: ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਜਿਸਨੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਵੇਖਿਅ			

Date of appearance of first symptoms: ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਵਿਖਾਈ ਦੇਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:		
Has the patient ever had the same or similar condition in past: ☐ Yes ☐ No ਕੀ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹੀ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਜੁਲਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਿਹਾ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ		
(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): (ਜੇਕਰ "ਹਾਂ," ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਸ਼ੀਟ ਲਵੋ ਜੇਕਰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ):		
PRESENT CONDITION: ਵਰਤਮਾਨ ਹਾਲਤ:		
Subjective symptoms: ਸਬਜੈੱਕਟਿਵ ਲੱਛਣ:		
Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): ਅਬਜੈੱਕਟਿਵ ਨਤੀਜੇ (ਵਰਤਮਾਨ ਐਕਸਰੇ, ਈਸੀਜੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਂਚਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ):		
DIAGNOSIS: ਰੋਗ ਦਾ ਵਰਣਨ:		
Please provide details:		
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ:		
TREATMENT: ਇਲਾਜ:		
Date of first visit: ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ:		
OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: ਓਪੀ ਨੰਬਰ ∕ ਹਸਪਤਾਲ ਨੰਬਰ ∕ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ:		
Date of last visit: Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): ਅੰਤਿਮ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ: ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਵਾਰਵਾਰਤਾ (ਹਫ਼ਤਾਵਰੀ / ਮਾਸਿਕ / ਹੋਰ):		
Date of Last examination: ਅੰਤਿਮ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮਿਤੀ:		

Is this Disability permanent:			
ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਸਥਾਈ ਹੈ:			
Is this Disability Reversible:			
ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਪਰਿਵਰਤਨੀ ਹੈ:			
What was the cause of disability: ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਦਾ ਕਾਰਕ ਕੀ ਸੀ:			
Is this disability result of Accident:			
ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਹੀਣਤਾ ਹਾਦਸੇ ਦੇ ਕਾਰਣ ਹੋਈ:			
PROGRESS:			
ਵਿਕਾਸ ਅਵਸਥਾ:			
□ Recovered □ Improved □ Unimproved □ Retr ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਵਾਪਾ	ogressed ਸ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ		
MENTAL CONDITION:			
ਦਿਮਾਗੀ ਹਾਲਤ:			
Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of?			
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਸਮਰੱਥਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤਣ ਲਈ ਸਮਰੱਥ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ			
DECLARATION:			
ਘੋਸਣਾ:			
Those statements are true and complete to the heat of my knowledge and heliof			
These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਬਿਆਨੀਆਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀਆਂ ਹਨ।			
Ç Ç			
Name & Signature of the Physician: ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਖ਼ਤ:	Date: ਮਿਤੀ:		
	inoi:		
Qualifications: ਯੋਗਤਾਵਾ:			
	(Seal)		
Reg. No.:ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰਬਰ:	(ਮੋਹਰ)		
4NI400 090:			