

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ (ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਲਈ)

Personal Details/ਨਿੱਜੀ ਵੇਰਵੇ

Name of the patient: _____
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Father / Spouse's Name: _____
ਪਿਤਾ / ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Age: ਉਮਰ: _____ Gender: ਲਿੰਗ: Male/ਮਰਦ Female/ਔਰਤ

Address: ਪਤਾ: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਦੇਸ਼ ਪਿਨ ਕੋਡ:

Hospital Details/ਰਸਪਤਾਲ ਵੇਰਵੇ

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼/ਅੰਦਰੂਨੀ-ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਗਿਣਤੀ: (ਜੇਕਰ ਅੰਦਰੂਨੀ-ਮਰੀਜ਼ ਹੋ) ਤੋਂ ਤੱਕ

Hospital Name: _____
ਰਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Name of Critical Illness (As per the product)/ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ	<input type="checkbox"/> Cancer ਕੈਂਸਰ	<input type="checkbox"/> Coma ਕੋਮਾ	<input type="checkbox"/> Angioplasty ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ਕਾਰਡੀਓਪੈਥੀ	<input type="checkbox"/> Paralysis ਅਧਰੰਗ	<input type="checkbox"/> Deafness ਬੋਲਾਪਣ
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ਮਹਾਂ ਧਮਨੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ਮਲਟੀਪਲ ਸਕਲੇਰੋਸਿਸ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ਬੋਲਣ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ਅਲਜ਼ਾਈਮਰ ਦਾ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ਸੀਏਬੀਜੀ (ਕੋਰੋਨਰੀ ਆਰਟਰੀ ਬਾਈਪਾਸ ਸਰਜਰੀ)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ਅਪੈਲਿਕ ਸਿੰਡ੍ਰੋਮ	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ਬੇਨਜਿਨ ਬ੍ਰੇਨ ਟਿਊਮਰ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ਅੰਤਮ ਪੜਾਅ ਲੀਵਰ ਰੋਗ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ਮੇਜਰ ਹੈਡ ਟਰਾਮਾ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia ਐਪਲੈਸਟਿਕ ਅਨੀਮੀਆ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ਪਾਰਕਿੰਸਨ ਦਾ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ਪ੍ਰਾਈਮਰੀ ਪੁਲਮੋਨਰੀ ਹਾਇਪਰਟੈਂਸ਼ਨ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ਮੋਟਰ ਨਿਊਰੋਨ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure ਕਿਡਨੀ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/> Major Burns ਮੇਜਰ ਬਰਨਜ਼	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ਕ੍ਰੋਨਿਕ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦਾ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Stroke ਸਟ੍ਰੋਕ	<input type="checkbox"/> Blindness ਅੰਨ੍ਹਾਪਣ	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ਮੁੱਖ ਅੰਗ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ ਕਰਨਾ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ਹਾਰਟ ਵਾਲਵ ਸਰਜਰੀ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ਲੁਪਸ ਨੇਫਰਿਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਐਸਐਲਈ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ਪੋਲੀਐਲੀਟਿਸ		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਨਾ ਹੋਣਾ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ਮੇਡੂਲਰੀ ਸਿਸਟਿਕ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ਸੁਤੰਤਰ ਮੌਜੂਦਗੀ ਦੀ ਘਾਟ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ਚਰਮ ਰੋਗ			

Nature of Habits/ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____
ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਅਲਕੋਹਲ ਤੰਬਾਕੂ ਡ੍ਰੱਗਸ- ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
ਮਾਤਰਾ ਖਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰੋ)

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ
ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਾਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਮੀ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਆਈ ਨੰਬਰ 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1ਲੀ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ- 400062 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203

Diagnosis & Treatment/ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 ਪਹਿਲੀ ਸਲਾਹ/ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ:

What were the symptoms / illness / disease? _____
 ਲੱਛਣ/ਬਿਮਾਰੀ/ਰੋਗ ਕੀ ਸੀ?

Which investigations / tests were performed: _____
 ਕਿਹੜੀਆਂ ਪੜਤਾਲਾਂ/ਜਾਂਚਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ:

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 ਲੱਛਣਾਂ / ਬਿਮਾਰੀ / ਰੋਗ ਦੀ ਮਿਆਦ:

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 ਨਿਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ:

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰਾਲ: ਸਾਲ ਮਹੀਨੇ ਦਿਨ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness:/ਸਬੰਧਿਤ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਥਿਤੀਆਂ, ਪਰ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਨਹੀਂ:

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) Yes No
 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ / ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕੀਤੀ ਹੈ? (ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੇ ਵੇਰਵੇ) ਹਾਂ ਨਹੀਂ

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: Yes No
 ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

Medical History/ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਖਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ;

Details of consultation in last 5 years ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸਲਾਹ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	1	2	3	4	5
Date of consultation ਸਲਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਮਿਤੀ					
Patient presented with complaints of ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਹੋਇਆ					
Name of Investigations/tests prescribed ਲਿਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੜਤਾਲਾਂ/ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਨਾਮ					
Dates on which the tests were done and the results ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ					
Name and address of the laboratory where the tests were done ਲੈਬੋਰਟਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ					
Treatment / Medication given ਇਲਾਜ / ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਗਈ					

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ
 ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਐਐਐ ਨੰਬਰ 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1ਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ- 400062 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203

Declaration/ਘੋਸ਼ਣਾ

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:

ਉਕਤ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੀ ਸਮਝ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਵੋਤਮ ਅਤੇ ਮੇਰੇ/ਹਸਪਤਾਲ/ਕਲੀਨਿਕ ਦੁਆਰਾ ਬਣਾਏ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰਨ ਹਨ:

Name of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:		Signature of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਖ਼ਤ	Doctor/Hospital seal ਡਾਕਟਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਮੋਹਰ
Qualification of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ			
Regd. no. of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰ.			
Contact no. of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰ.			
Email id of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ			
Date ਮਿਤੀ			

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

ਪੀਐਨਬੀ ਮੈਟਲਾਈਫ ਇੰਡੀਆ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ

ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, 7ਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਐਮ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੰਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਆਈਆਰਡੀਏਆਈ ਨੰਬਰ 117. CI No. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ: www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ 1ਲੀ ਮੰਜਲ, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਵ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ- 400062 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ: +91-22-41790203