

## Attending Physician's Statement - Disability Claim

கவனித்துவரும் மருத்துவரின் அறிக்கை-ஊனத்திற்கான உரிமை கோரல்

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

குறிப்பு: தயவுசெய்து அனைத்துப் பக்கங்களிலும் கீழே கையொப்பமிடவும்.

### DOCTOR'S DETAILS:

மருத்துவரின் விவரங்கள்:

Name of the Attending Physician: _____ கவனித்துவரும் மருத்துவரின் பெயர்	
Name of the Clinic / Hospital: _____ மருந்தகம் / மருத்துவமனையின் பெயர்:	
Address: _____ முகவரி	
Contact No.: _____ தொடர்பு எண்மின்னஞ்சல் முகவரி	E-mail address: _____ மின்னஞ்சல் முகவரியை

### CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

உரிமைகோருபவர் / நோயாளியின் விவரங்கள்

Name of the Claimant: _____ உரிமைகோருபவரின் பெயர்	
Address: _____ முகவரி	
Age & Sex: _____ வயது & பாலினம்	Hospital/Indoor Patient Number: _____ மருத்துவமனை/உள்நோயாளி எண்

### SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

எந்த ஊனம் பொருத்தமானதென்று குறிப்பிடவும்

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ஒரு கண்ணின் பார்வை இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ஒரு அவயத்தின் பயன்பாடு இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes இரு கண்களின் பார்வை இழப்பு
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing கேட்கும் திறன் இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs இரு அவயங்களின் பயன்பாடு இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ஒரு அவயத்தின் பயன்பாடு இழப்பும் ஒரு கண்ணின் பார்வை இழப்பும்
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing பேசும் மற்றும் கேட்கும் திறன் இழப்பு	<input type="checkbox"/> Loss of Speech பேசும் திறன் இழப்பு	

### HISTORY

வரலாறு

Date of first Consultation: _____ முதல் கலந்தாலோசனையின் தேதி
Details of the Doctor who treated first: _____ முதலில் சிகிச்சையளித்த மருத்துவரின் விவரங்கள்
Date of appearance of first symptoms: _____ முதல் அறிகுறிகள் தோன்றிய தேதி
Has the patient ever had the same or similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No நோயாளி இதே அறிகுறிகளை அல்லது இதை ஒத்த நிலையை கடந்த காலத்தில் எப்போதாவது கொண்டிருந்தாரா: (If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____ ("ஆம்" எனில், எப்போது என்று குறிப்பிட்டு விவரங்களை வழங்கவும். தேவைப்பட்டால், தயவுசெய்து மற்றொரு தாளை இணைக்கவும்)

**PRESENT CONDITION:**

தற்போதையநிலை

Subjective symptoms: \_\_\_\_\_  
மனதளவிலான அறிகுறிகள்:Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
உணரக்கூடிய கண்டறிதல்கள் (தற்போதைய எக்ஸ்-ரேக்கள், சிசிஜி கள் அல்லது ஏதேனும் பிற சிறப்புப் பரிசோதனைகள் போன்றவற்றின் முடிவுகளை உள்ளடக்கவும்)**DIAGNOSIS:**

நோயறிக்கை:

Please provide details: \_\_\_\_\_  
தயவுசெய்து விவரங்களை வழங்கவும்**TREATMENT:**

சிகிச்சை

Date of first visit: \_\_\_\_\_  
முதலில் வருகைபுரிந்த தேதிOP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
வெளிநோயாளி எண்/மருத்துவமனை எண் /உள்நோயாளி எண்Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
கடைசியாக வருகைபுரிந்த தேதி வருகைபுரியும் கால இடைவெளி (வாரந்தோறும்/மாதந்தோறும்/மற்றவை)Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
கடைசியாக பரிசோதிக்கப்பட்ட தேதிIs this Disability permanent: \_\_\_\_\_  
இந்த ஊனம் நிரந்தரமானதா:Is this Disability Reversible: \_\_\_\_\_  
இந்த ஊனம் மீட்சியடையக் கூடியதாWhat was the cause of disability: \_\_\_\_\_  
ஊனம் ஏற்பட்டதன் காரணம் என்னIs this disability result of Accident: \_\_\_\_\_  
இந்த ஊனம் விபத்தின் விளைவால் ஏற்பட்டதா**PROGRESS:**

முன்னேற்றம்

 Recovered  Improved  Unimproved  Retrogressed

குணமடைந்துள்ளார்/முன்னேற்றமடைந்துள்ளார்/முன்னேற்றமடையவில்லை/மோசமடைந்துள்ளார்

**MENTAL CONDITION:**

மனநிலை

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of?  Yes  No  
நோயாளிகாசோலைகளில் கையொப்பமிடுவதற்கும் அதைத் தொடர்ந்த செயல்முறைகளை இயக்குவதற்கும் தகுதிவாய்ந்தவராக உள்ளாரா? ஆம் இல்லை**DECLARATION:**

உறுதிமொழி

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

இந்த அறிக்கைகள் எனது அறிவுக்கும் நம்பிக்கைக்கும் எட்டியவரையில் உண்மையானவையாகவும் முழுமையானவையாகவும் உள்ளன.

Name & Signature of the Physician: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
மருத்துவரின் பெயர் & கையொப்பம்/தேதி தேதிQualifications: \_\_\_\_\_  
தகுதிகள்Reg. No.: \_\_\_\_\_  
பதிவு எண்(Seal)  
(முத்திரை)

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

குறிப்பு: தற்போதைய பாலிஸி சேவைப் படிவமானது அசல் உள்ளடக்கத்தை ஆங்கிலத்திலும், அதற்குரிய வட்டார மொழிக்கான மொழிபெயர்ப்பையும் கொண்டுள்ளது. மொழிபெயர்ப்பு செய்யப்பட்ட பதிப்பு மற்றும் அசல் ஆங்கில பதிப்பு ஆகியவற்றிற்கிடையே ஏதேனும் முரண்பாடு எழுகின்ற சூழ்நிலையில், ஆங்கில பதிப்பானது இறுதியானதாகக் கருதப்பட்டு, வழக்கில் நீடித்திருக்கும்.

Customer Service Toll free: 1800-425-6969. OR Call on: +91-80-2650-2244 (8:00 am to 8:00 pm) OR

Write to us at [indiaservice@pnbmethlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmethlife.co.in)

வாடிக்கையாளர் சேவை இலவசத் தொலைபேசி எண்: 1800-425-6969 அல்லது அழைக்கவும்: +91 -80 -2650 -2244

(காலை 8:00 மணி முதல் இரவு 8:00 மணி வரை) அல்லது

[indiaservice@pnbmethlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmethlife.co.in) இன்னும் முகவரியில் எங்களுக்குமின்னஞ்சல் செய்யவும்