

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

### மருத்துவரின் சான்றிதழ் (தீவிர நோய்களின் கிளைம்களுக்காக)

#### Personal Details/ தனிப்பட்ட விவரங்கள்

Name of the patient: \_\_\_\_\_  
நோயாளியின் பெயர்:

Father / Spouse's Name: \_\_\_\_\_  
தந்தை/ துணைவரின் பெயர்:

Age/வயது: \_\_\_\_\_ Gender:/பாலினம்:  Male/ ஆண்  Female/பெண்

Address:/முகவரி: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
நகரம் மாநிலம் நாடு அஞ்சல் குறியீடு:

#### Hospital Details/ மருத்துவமனை விவரங்கள்

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ (If In Patient) From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
புறநோயாளி உட்புற நோயாளி எண்: (உட்புற நோயாளி எனில்) இருந்து வரை

Hospital Name: \_\_\_\_\_  
மருத்துவமனையின் பெயர்:

#### Name of Critical Illness (As per the product)/ தீவிர நோய்களின் பெயர் (தயாரிப்பின் படி)

<input type="checkbox"/> Heart Attack மாரடைப்பு	<input type="checkbox"/> Cancer புற்றுநோய்	<input type="checkbox"/> Coma கோமா	<input type="checkbox"/> Angioplasty ஆகுசியோபிளாஸ்டி	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy கார்டியோமையோபதி	<input type="checkbox"/> Paralysis பக்கவாதம்	<input type="checkbox"/> Deafness காதுகேளாமை
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta பெருநாடிக்கான அறுவை சிகிச்சை	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis பல ஸ்களீரோசிஸ்	<input type="checkbox"/> Loss of Speech பேசும் திறன் இழத்தல்	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease அல்சைமர் நோய்	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs கால்கள் செயலிழத்தல்		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) சிஏபிஜி (கரோனரி ஆர்டெரி பைபாஸ் அறுவை சிகிச்சை)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome அபலிக் சிண்ட்ரோம்	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor அபாயமற்ற மூளைக் கட்டி	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease இறுதிநிலை கல்லீரல் நோய்			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma மேஜர் ஹெட் ட்ராமா	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia அபிளாஸ்டிக் அனீமியா	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease பார்கின்சன் நோய்	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension முதல்நிலை நுரையீரல் உயர்இரத்த அழுத்தம்			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease மோட்டார் நியூரான் நோய்	<input type="checkbox"/> Kidney Failure கிறுநீரகச் செயலிழப்பு	<input type="checkbox"/> Major Burns பெரிய தீக்காயங்கள்	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease நாள்பட்ட நுரையீரல் நோய்	<input type="checkbox"/> Stroke பக்கவாதம்	<input type="checkbox"/> Blindness பார்வையின்மை	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery மூளை அறுவை சிகிச்சை	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant முக்கிய உடலுறுப்பு மாற்றம்	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery இதயக்குழாய் அறுவை சிகிச்சை	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis லூபஸ் நெஃபிரிடீஸ் உடன் எஸ்எல்இ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis போலியோமையலைடிஸ்		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy தசைநார் தேய்வு	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease மெடலரி சிஸ்டிக் நோய்	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence சுதந்திரமாக செயல்பட முடியாமை	<input type="checkbox"/> Terminal Illness இறுதிநிலை நோய்கள்			

#### Nature of Habits/ பழக்கங்களின் இயல்புகள்

Smoking  
புகைபிடித்தல்

Alcohol  
மது

Tobacco  
புகையிலை

Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
போதைப் பொருட்கள் ஆம் எனில், உட்கொள்ளப்படும் காலஅளவு

Quantity consumed \_\_\_\_\_ Others (Please Specify) \_\_\_\_\_  
உட்கொள்ளப்பட்ட அளவு மற்றவை (குறிப்பிடவும்)

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

பின்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு அலுவலகம்: யூனிட் எண் 701,702 மற்றும் 703, 7வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்.ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐ.ஆர்.டி.ஐ. பதிவு எண் 117. சி.என். U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 எனும் டோல் ஃப்ரீ எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். இணையதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது 1வது தளம், டெக்னிப்லெக்ஸ் -1, டெக்னிப்லெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர் சவர்கர் மேம்பாலம் அருகில், குர்கான் (மேற்கு), மும்பை - 400062 என்ற எங்களின் முகவரிக்கு உங்கள் கருத்துகளை அனுப்பவும். :போன்: +91-22-41790000, :பேக்ஸ்: +91-22-41790203

## Diagnosis & Treatment/ நோய்கண்டறிதல் மற்றும் சிகிச்சை

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_

முதல் ஆலோசனை/நோய்கண்டறிதல் தேதி:

What were the symptoms / illness / disease? \_\_\_\_\_

என்னென்ன அறிகுறிகள் / உடல்நலக்குறைவு / நோய்கள் இருந்தன?

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_

எந்த ஆய்வுகள் / பரிசோதனைகள் நடத்தப்பட்டன:

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_

அறிகுறிகள் / உடல்நலக்குறைவு / நோயின் காலஅளவு:

Diagnosis made and Informed to the patient: \_\_\_\_\_

நோயாளிக்கு செய்யப்பட்ட நோய் கண்டறிதல் சோதனைகள் மற்றும் அளிக்கப்பட்ட தகவல்:

Interval between onset and diagnosis: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
தொடக்கத்திற்கும் நோய்கண்டறிதலுக்கும் உள்ள இடைவெளி: ஆண்டுகள் மாதங்கள் நாட்கள்

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness:  
தொடர்புடைய அல்லது பங்களிக்கக்கூடிய ஆனால் உடல்நலக் குறைவுக்குத் தொடர்பில்லாத முந்தைய நிலைமைகள்:

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof)  Yes  No

நோயாளி உங்களைத் தவிர வேறு ஏதேனும் மருத்துவர்/ மருத்துவமனையிடம் ஆலோசனைப் பெற்றார் என்பது உங்களுக்குத் தெரியுமா? (ஆம் எனில், அதன் விவரங்கள்) ஆம் இல்லை

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details:  Yes  No

நோயாளி, வேறொரு மருத்தவரால் உங்களிடம் பரிந்துரைக்கப்பட்டவரா? "ஆம்" எனில், அதன் விவரங்களை வழங்கவும்: ஆம் இல்லை

## Medical History/ மருத்துவ வரலாறு

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness?  Yes  No If Yes;

கடந்த 5 வருடங்களில், இறந்த நபருக்கு எப்போதாவது இறுதி நோய்க்கு முன்பாக, சிகிச்சையளித்துள்ளீர்களா? ஆம் இல்லை ஆம் எனில்:

Details of consultation in last 5 years கடந்த 5 வருடங்களில் வழங்கப்பட்ட ஆலோசனைகளின் விவரங்கள்	1	2	3	4	5
Date of consultation ஆலோசனை அளித்த தேதி					
Patient presented with complaints of நோயாளி வரும்போது இருந்த பிரச்சனைகள்					
Name of Investigations/tests prescribed பரிந்துரைக்கப்பட்ட ஆய்வுகள்/பரிசோதனைகளின் பெயர்கள்					
Dates on which the tests were done and the results பரிசோதனைகள் மேற்கொள்ளப்பட்ட தேதி மற்றும் முடிவுகள்					
Name and address of the laboratory where the tests were done பரிசோதனைகள் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆய்வுக்கூடத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி					
Treatment / Medication given கொடுக்கப்பட்ட சிகிச்சை/ மருந்துகள்					

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

பிஎன்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்  
பதிவு அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701,702 மற்றும் 703, 7வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐஆர்டிஐ பதிவு எண் 117. சி.ஐ. எண். U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 எனும் டோல் ஃப்ரீ எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். இணையதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in

அல்லது 1வது தளம், டெக்னிப்லெக்ஸ் -1, டெக்னிப்லெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர் சவர்கர் மேம்பாலம் அருகில், குர்கான் (மேற்கு), மும்பை - 400062

என்ற எங்களின் முகவரிக்கு உங்கள் கருத்துகளை அனுப்பவும். ஃபோன்: +91-22-41790000, ஃபேக்ஸ்: +91-22-41790203

## Declaration/உறுதிமொழி

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:

மேலே கூறப்பட்டுள்ளவை யாவும் எனது அறிவு மற்றும் நம்பிக்கைக்கு உட்பட்டு மேலும் நான்/மருத்துவமனை/கிளினிக் பராமரிக்கும் பதிவுகளின்படி உண்மையானது மற்றும் முழுமையானது:

Name of the Doctor மருத்துவரின் பெயர்	Signature of the Doctor மருத்துவரின் கையொப்பம்	Doctor/Hospital seal மருத்துவர்/மருத்துவமனை முத்திரை
Qualification of the Doctor மருத்துவரின் கல்வித் தகுதி		
Regd. no. of the Doctor மருத்துவரின் பதிவு எண்		
Contact no. of the Doctor மருத்துவரின் தொடர்பு எண்		
Email id of the Doctor மருத்துவரின் மின்னஞ்சல் முகவரி		
Date தேதி		

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

பிஎன்பி மெட்லைஃப் இந்தியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701,702 மற்றும் 703, 7வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம்ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001, கர்நாடகா. ஐஆர்டிஏஐ பதிவு எண் 117. சி.ஐ. எண். U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 எனும் டோல் ஃப்ரீ எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். இணையதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in

அல்லது 1வது தளம், டெக்னிப்லெக்ஸ் -1, டெக்னிப்லெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர் சவர்கர் மேம்பாலம் அருகில், குர்கான் (மேற்கு), மும்பை - 400062

என்ற எங்களின் முகவரிக்கு உங்கள் கருத்துகளை அனுப்பவும். ஃபோன்: +91-22-41790000, ஃபேக்ஸ்: +91-22-41790203