

Attending Physician's Statement – Disability Claim

పర్యవేక్షిస్తున్న ఫిజిషియన్ ప్రకటన - అంగ వైకల్యం క్లెయిం

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

గమనిక: దయచేసి అన్ని పేజీలలో క్రింద సంతకం చేయండి

DOCTOR'S DETAILS:

డాక్టర్ యొక్క వివరాలు:

Name of the Attending Physician: _____
 పర్యవేక్షిస్తున్న ఫిజిషియన్ పేరు:

Name of the clinic / Hospital : _____
 క్లినిక్/అసుపత్రి పేరు:

Address : _____
 చిరునామా:

Contact No. _____ E-mail address : _____
 సంప్రదింపు నెం. ఇమెయిల్ అడ్రెస్:

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

క్లెయిం చేయువారు/ రోగి యొక్క వివరాలు:

Name of the Claimant : _____
 క్లెయిం చేయువారి పేరు:

Address : _____
 చిరునామా:

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____
 వయస్సు మరియు లింగం: అసుపత్రి/ఇన్ డోర్ రోగి నెంబర్:

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

ఏ వైకల్యం వర్తిస్తుందో తెలియజేయండి:

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ఒక కన్నులో దృష్టి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ఒక చేయి ఉపయోగం కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes రెండు కళ్ళలో దృష్టి కోల్పోవటం
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing వినికిడి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs రెండు చేతుల ఉపయోగం కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ఒక చేయి కోల్పోయారు మరియు ఒక కన్ను దృష్టి కోల్పోవటం
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing మాట్లాడటం మరియు వినికిడి కోల్పోవటం	<input type="checkbox"/> Loss of Speech మాట్లాడటం కోల్పోవటం	

HISTORY

చరిత్ర

Date of first Consultation: _____
 మొదటి సంప్రదింపు తేదీ:

Details of the Doctor who treated first: _____
 మొదట చికిత్స చేసిన డాక్టరు వివరాలు:

Date of appearance of first symptoms: _____
 మొదటి లక్షణాలు కనిపించిన తేదీ

Has the patient ever had the same or similar condition in past : Yes No
 గతంలో ఇటువంటి లేదా ఇలాంటి సంబంధిత పరిస్థితి రోగికి ఉండినదా: అవును లేదు

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required) _____
 ("అవును" అయితే, ఎప్పుడు మరియు వివరాలు అందజేయండి. అవసరమైతే ఇంకొక పేజీ జతచేయండి)

PRESENT CONDITION:

ప్రస్తుత పరిస్థితి:

Subjective symptoms: _____
 బాహ్య లక్షణాలు: _____
 Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
 అంతరంగంగా కనుగొనబడినవి (ప్రస్తుత ఎక్స్-రేలు, ఈసీజి లేదా ఏదైనా ఇతర ప్రత్యేక పరీక్షలు) _____

DIAGNOSIS:

రోగనిర్ధారణ:

Please provide details: _____
 దయచేసి వివరాలు అందజేయండి: _____

TREATMENT

చికిత్స

Date of first visit: _____
 మొదటి సందర్శన తేదీ: _____
 OP Number/Hospital No/Indoor Patient No. _____
 ఓపి నెంబర్/ఆసుపత్రి నెంబర్/ఇన్-డోర్ రోగి నెంబర్: _____
 Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 చివరి సందర్శన తేదీ: _____ సందర్శనల యొక్క ఫ్రీక్వెన్సీ (ప్రతీవారం / నెల వారీ/ ఇతరం): _____
 Date of Last examination: _____
 చివరి పరీక్ష తేదీ: _____

Is this Disability permanent: _____
 ఈ వైకల్యత శాశ్వతమా: _____
 Is this Disability Reversible.: _____
 ఈ వైకల్యత నుండి కోలుకునే అవకాశం ఉన్నదా _____
 What was the cause of disability: _____
 వైకల్యానికి కారణం ఏమిటి: _____
 Is this disability result of Accident: _____
 ఈ వైకల్యం ప్రమాదం యొక్క ఫలితమా _____

PROGRESS

పురోగతి

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 కోలుకున్నారు మెరుగైంది మెరుగుకాలేదు తిరగపెట్టింది

MENTAL CONDITION

మానసిక స్థితి

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes No
 రోగి చెక్కులపై సంతకం చేయడం మరియు దాని యొక్క ఆదేశాలను నిర్వహించుటకు అర్హులేనా? అవును లేదు

DECLARATION:

ధృవీకరణ:

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.
 ఈ ప్రకటనలు నా పరిజ్ఞానాననికి మరియు విశ్వాస ప్రకారం నిజము.
 Name & Signature of the Physician: _____
 ఫిజిషియన్ సంతకం మరియు పేరు: _____
 Date: _____
 తేదీ: _____
 Qualifications: _____
 అర్హతలు _____
 Reg. No. _____
 రిజిస్ట్రేషన్ నెం. _____

(Seal) (సీలు)

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.
 గమనిక: ప్రస్తుత పాలిసీ సర్వీసింగ్ ఫారం ఒరిజినల్ విషయం ఇంగ్లీషులో మరియు దాని స్వల్పభాష అనువాదం కలిగి ఉన్నది. అనువాద పాఠాంతరం మరియు ఒరిజినల్ ఇంగ్లీషు పాఠాంతరం మధ్య ఏదైనా అసంగీకారం తలెత్తితే ఇంగ్లీషు పాఠాంతరం అంతిమంగా పరిగణించబడుతుంది మరియు అమలువుతుంది.

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@pnbmetlife.co.in

కస్టమర్ సర్వీస్ టోల్ ఫ్రీ: 18004256969 (ఉదయం 8:00 గంటల నుండి సాయంత్రం 8:00 గంటల వరకు) indiaservice@pnbmetlife.co.in పత్ర మెయిల్ చేయండి