

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims) ڈاکٹر کا سرٹیفیکیٹ (سنگین بیماری کے دعووں کے لیے)

Personal Details/ ذاتی معلومات

Name of the patient: _____
مریض کا نام:

Father / Spouse's Name: _____
والد / خاوند کا نام:

Age: / عمر _____ Gender: / جنس Male / مرد Female / عورت

Address: / پتہ _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
شہر ریاست ملک پین کوڈ:

Hospital Details/ ہسپتال کی تفصیلات

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
بیرونی مریض/داخلی مریض نمبر: (اگر داخلی مریض ہے تو) از تا

Hospital Name: _____
ہسپتال کا نام:

Name of Critical Illness (As per the product) / سنگین بیماری کا نام (پروڈکٹ کے مطابق)

Heart Attack Cancer Coma Angioplasty Cardiomyopathy Paralysis Deafness
دل کا دورہ کینسر کوما اینجیوپلاسٹی کارڈیومیوپتھی فالج بہرا پن

Surgery to Aorta Multiple Sclerosis Loss of Speech Alzheimer's Disease Loss of Limbs
شاہ رگ کی سرجری ملٹیپل اسکلوروسس گونگا پن الزائمر قطع عضو

CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) Apallic Syndrome Benign Brain Tumor End Stage Liver Disease
سی اے بی جی (کورونا آری آری بائی پاس سرجری) اپیلیک سنڈروم بنائن برین ٹیومر آخر مرحلے کی جگر کی بیماری

Major Head Trauma Aplastic Anaemia Parkinson's Disease Primary Pulmonary Hypertension
سر کی شدید چوٹ ایپلاسٹک انیمیا پارکنسن کی بیماری پرائمری پلمونری ہائپرٹینشن

Motor Neuron Disease Kidney Failure Major Burns Chronic Lung Disease Stroke Blindness
موٹر نیورون بیماری گردے خراب ہونا میجر برن دائمی پھیپھڑوں کی بیماری اسٹروک اندھاپن

Brain Surgery Major Organ Transplant Heart Valve Surgery SLE with Lupus Nephritis Poliomyelitis
دماغ کی سرجری دماغ کی سرجری دل کے والو کی سرجری دل کے ساتھ ایس ایل ای پوليو لیوپس نیفرائٹس کے ساتھ ایس ایل ای پولیومیلائٹس

Muscular Dystrophy Medullary Cystic Disease Loss of Independent Existence Terminal Illness
عضلی سو غذائیہ میڈولری سیسٹک بیماری لاس آف انڈیپنڈنٹ ایکزیسٹنس مہلک بیماری

Nature of Habits/ عادات کی نوعیت

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____
سگریٹ نوشی شراب تمباکو منشیات، اگر ہاں تو استعمال کی مدت

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
مستعمل مقدار دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)

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

ہی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹر شدہ دفتر: یونٹ نمبر 701، 702، 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، راہیجا ٹاور، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ آئی آر ڈی اے آف انڈیا رجسٹریشن نمبر 117 سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، کال یو ٹول فری ہاٹ کریں، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in یا پہلی منزل، ٹیکنیکس پلیکس ٹیکنیکس پلیکس کمپلیکس، ویر ساورکر فلائی اوور سے دائیں، گورے گاؤں ویسٹ، ممبئی - 400062 پر ہمیں لکھیں۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

تشخیص اور علاج / Diagnosis & Treatment

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 پہلے مشاورت/تشخیص کی تاریخ:

What were the symptoms / illness / disease? _____
 علامات / علالت / بیماری کیا تھی؟

Which investigations / tests were performed: _____
 کون سی تفتیش / جانچیں کی گئیں:

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 علامات / علالت / بیماری کی مدت:

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 تشخیص کی گئی اور مریض کو مطلع کیا گیا

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 بیماری کے آغاز اور تشخیص کے دوران وقفہ: سال ماہ دن

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: / متعلق نہیں تھے سے متعلق لیکن بیماری سے متعلق یا اس کے لیے معاون تھے _____

Are you aware if patient consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) Yes No
 ہاں کیا آپ کو معلوم ہے کہ مریض نے آپ کے علاوہ کسی دوسرے ڈاکٹر / ہسپتال سے مشورہ کیا ہے؟ (اگر ہاں، تو اس کی تفصیلات)

Was the patient referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: Yes No
 کیا مریض کو کسی دوسرے ڈاکٹر نے آپ کے پاس بھیجا تھا؟ اگر "ہاں"، تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں: ہاں نہیں

طبی تاریخ / Medical History

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 حتمی بیماری سے قبل، کیا آپ نے گزشتہ 5 سالوں میں کبھی بھی متوفی کا علاج کیا تھا؟ ہاں نہیں اگر ہاں تو:

Details of consultation in last 5 years پچھلے 5 سالوں میں مشاورت کی تفصیلات	1	2	3	4	5
Date of consultation مشاورت کی تاریخ					
Patient presented with complaints of مریض کو ان شکایات کے لیے لایا گیا تھا					
Name of Investigations/tests prescribed کروائی گئی جانچ/ٹیسٹ کے نام					
Dates on which the tests were done and the results ٹیسٹ کیے جانے کی تاریخیں اور نتائج					
Name and address of the laboratory where the tests were done لیباریٹری کا نام اور پتہ جہاں جانچیں کی گئیں					
Treatment / Medication given دیا گیا علاج / ادویات					

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

پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹر شدہ دفتر: یونٹ نمبر 701، 702، 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، راہیجا ٹاور، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کارناتاکہ۔ آئی آر ڈی آف انڈیا رجسٹریشن نمبر 117 سی اینی نمبر U66010KA2001PLC028883 پر ہم سے ٹول فری بات کریں، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in یا پہلی منزل، ٹیکنیکس پلکس ٹیکنیکس پلکس کمپلیکس، ویر ساورکر فلائی اوور سے دائیں، گورے گاؤں ویسٹ، ممبئی - 400062 پر ہمیں لکھیں۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

Declaration/ اقراریہ

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:

مندرجہ بالا بیانات میرے علم اور یقین اور میرے/ہسپتال/کلینک کی طرف سے قائم کردہ ریکارڈز کے مطابق صحیح اور مکمل ہیں:

Name of the Doctor ڈاکٹر کا نام		Signature of the Doctor ڈاکٹر کے دستخط	Doctor/Hospital seal ڈاکٹر/ہسپتال کی مہر
Qualification of the Doctor ڈاکٹر کی قابلیت			
Regd. no. of the Doctor ڈاکٹر کا رجسٹریشن نمبر			
Contact no. of the Doctor ڈاکٹر سے رابطے کا نمبر			
Email id of the Doctor ڈاکٹر کی ای میل آئی ڈی			
Date تاریخ			

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

پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ

رجسٹر شدہ دفتر: یونٹ نمبر 701، 702، 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، راجیہ ٹاور، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک، آئی آر ڈی اے آف انڈیا رجسٹریشن نمبر 117 سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883 پر ہم سے ٹول فری بات کریں، ویب سائٹ www.pnbmetlife.com، ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in یا پہلی منزل، ٹیکنیکس پلپکس ٹیکنیکس پلپکس کمپلیکس، ویر ساورکر فلائی اوور سے دائیں، گورے گاؤں ویسٹ، ممبئی - 400062 پر ہمیں لکھیں۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203