

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳು (ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ)

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು

Name of the patient: _____
 ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು: _____

Father / Spouse's Name: _____
 ತಂದೆ / ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆಸರು: _____

Age: _____ Gender: Male Female
 ವಯಸ್ಸು: _____ ಲಿಂಗ: ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು

Address: / ವಿಳಾಸ: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
 ನಗರ _____ ರಾಜ್ಯ _____ ದೇಶ _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____

Hospital Details / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರಗಳು

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
 ಹೊರರೋಗಿ/ಒಳರೋಗಿ ಸಂ: _____ (ಒಳರೋಗಿ ಆಗಿದ್ದಲ್ಲಿ) ದಿನಾಂಕ _____ ರಿಂದ _____ ವರೆಗೆ

Hospital Name: _____
 ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / ಗಂಭೀರವಾದ ಕಾಯಿಲೆಯ ಹೆಸರು (ಉತ್ಪನ್ನದ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ಹೃದಯಾಘಾತ	<input type="checkbox"/> Cancer ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	<input type="checkbox"/> Coma ಕೋಮಾ	<input type="checkbox"/> Angioplasty ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಯಾಂತ್ರಿಕ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy ಕಾರ್ಡಿಯೋಮಯೋಪತಿ	<input type="checkbox"/> Paralysis ಪಾರಲ್ಯಿಸಿಸ್	<input type="checkbox"/> Deafness ಕಿವುಡುತನ
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ಮಹಾಪಧಮನಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕ್ಲೆರೋಸಿಸ್	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ಮೂಗತನ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ಆಲ್ಝೈಮರ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ಅಂಗಾಂಗಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ಸಿಎಬಿಜಿ (ಕೊರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ಬೈಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ಅಪಾಲಿಕ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ಬೆನಿಗ್ನ್ ಬ್ರೇನ್ ಟ್ಯೂಮರ್	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ಅಂತಿಮ ಹಂತದ ಯಕೃತ್ತಿನ ರೋಗ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ಗಂಭೀರವಾದ ತಲೆಯ ಗಾಯ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia ಆಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ರಕ್ತಹೀನತೆ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ಮೋಟಾರ್ ನರಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ವೈಫಲ್ಯ	<input type="checkbox"/> Major Burns ಗಂಭೀರ ಸುಟ್ಟುಗಾಯಗಳು	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗ	<input type="checkbox"/> Stroke ಸ್ಟ್ರೋಕ್	<input type="checkbox"/> Blindness ಸೈಡ್‌ನೈಟ್ ಕುರುಡುತನ	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ಮಿದುಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಅಂಗಾಂಗ ಕಸಿ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ಹೃದಯ ಕವಾಟ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ಲೂಪಸ್ ನೆಫ್ರಿಟಿಸ್ ಜೊತೆಗೆ ಎಸ್‌ಎಲ್‌ಇ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ಪೋಲಿಯೊಮೈಲೈಟಿಸ್		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ಮಸ್ಕಲ್ ಡಿಸ್ಟ್ರೋಫಿ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ಮೆಡುಲ್ಲರಿ ಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಕಾಯಿಲೆ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ಸ್ವಾತಂತ್ರ ಅಸ್ತಿತ್ವದ ನಷ್ಟ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಂತಿಮ ಘಟ್ಟ			

Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for Paralysis, Parkinsons Disease, Stroke, Muscular Dystrophy, Major Head Trauma, and Doctor's Certificate for Neurological condition for Alzheimer's Disease, Deafness, Multiple Sclerosis, Loss of Speech, Loss of Limbs, Motor Neuron Disease, Blindness, Loss of Independent Existence

ಸೂಚನೆ: ಪಾರಲ್ಯಿಸಿಸ್, ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಪಾರಲ್ಯಿಸಿಸ್, ಸ್ನಾಯು ಡಿಸ್ಟ್ರೋಫಿ, ಪ್ರಮುಖ ತಲೆ ಆಘಾತ, ಮತ್ತು ಆಲ್ಝೈಮರ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಕಿವುಡುತನ, ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕ್ಲೆರೋಸಿಸ್, ವಾಕ್ ನಷ್ಟ, ಕೈಕಾಲುಗಳ ನಷ್ಟ, ಮೋಟಾರ್ ನ್ಯೂರಾನ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಕುರುಡುತನ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ ಅಸ್ತಿತ್ವದ ನಷ್ಟಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ

Nature of Habits / ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಚಟಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

Smoking
ಧೂಮಪಾನ

Alcohol
ಮದ್ಯಪಾನ

Tobacco
ತಂಬಾಕು

Drugs if yes, duration of consumption _____
 ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ - ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸೇವನೆಯ ಅವಧಿ _____

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
 ಸೇವನೆಯ ಪ್ರಮಾಣ _____ ಇತರೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ) _____

Diagnosis & Treatment / ತಪಾಸಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ನಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, ಏಳನೇ ಮಹಡಿ, ರಾಜೇಜಾ ಟೌವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.
 CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ,
 ಚಿಕಿತ್ಸೆ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 ಮೊದಲ ಭೇಟಿ / ತಪಾಸಣೆಯ ದಿನಾಂಕ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____
 ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಕಾಯಿಲೆಗಳ / ಲಕ್ಷಣಗಳು ಯಾವುದು? _____

Which investigations / tests were performed: _____
 ಯಾವ ತಪಾಸಣೆಗಳು / ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಕಾಯಿಲೆಯ / ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅವಧಿ: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ: _____

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭ ಮತ್ತು ಮರಣ ನಡವಿಸಿ ಅವಧಿ: _____ ವರ್ಷಗಳು _____ ತಿಂಗಳುಗಳು _____ ದಿನಗಳು

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: _____
 ಹಿಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತವಿರುವುದು ಆದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ: _____

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

ರೋಗಿಯು ನಿಮ್ಮ ಹೊರತಾಗಿ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿರುವುದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆಯೇ? (ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಅದರ ವಿವರಗಳು) ಹೌದು ಇಲ್ಲ _____

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

ರೋಗಿಯನ್ನು ಬೇರೆ ವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕ ನಿಮಗೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತೇ? "ಹೌದು" ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ _____

Medical History / ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes; _____
 ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಂತಿಮ ಘಟ್ಟ ವನ್ನು ತಲುಪುವ ಮೊದಲು, ಮೃತರಿಗೆ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ;

Details of consultation in last 5 years ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ ವಿವರಗಳು	1	2	3	4	5
Date of consultation ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ ದಿನಾಂಕ					
Patient presented with complaints of ಇದರಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ					
Name of Investigations/tests prescribed ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಹೆಸರು					
Dates on which the tests were done and the results ಈ ದಿನಾಂಕಗಳಂದು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಫಲಿತಾಂಶಗಳು					
Name and address of the laboratory where the tests were done ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿರುವ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ					
Treatment / Medication given ನಿಮ್ಮ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಔಷಧಿ					

Declaration / ಘೋಷಣೆ

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:
 ನಾನು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಮೂಲಕ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನನ್ನ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಂಬುತ್ತೇನೆ:

Name of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು	Signature of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ	Doctor/Hospital seal ವೈದ್ಯರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೊಹರು
Qualification of the Doctor ವೈದ್ಯರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ		
Regd. no. of the Doctor ವೈದ್ಯರ ನೋಂದಾಯಿತ ಸಂಖ್ಯೆ		
Contact no. of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ		
Email id of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಇಮೇಲ್ ಖಾತೆ		
Date ದಿನಾಂಕ		

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ನಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್ ರಾಹೇಜ್ ಟೌರ್ಸ್ 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.
 CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425- 6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹಡಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ,
 ಚಿಕಿತ್ಸೆ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203