

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

மருத்துவரின் சான்றிதழ் (தீவிர நோய்களின் கிளைம்களுக்காக)

தனிப்பட்ட விவரங்கள்

Name of the patient: _____
 நோயாளியின் பெயர்: _____
 Father / Spouse's Name _____
 தந்தை துணைவரின் பெயர்: _____
 Age: _____ Gender: Male Female
 வயது: _____ பாலினம்: ஆண் 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 ஆஞ்சியோபிளாஸ்டிக்	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy கார்டியோமையோபதி	<input type="checkbox"/> Paralysis பக்கவாதம்	<input type="checkbox"/> Deafness காதுகேளாமை
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta பெருநாடிக் கான 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 அஃப்ளாஸ்டிக் 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			

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

குறிப்பு: முடக்குவாதம், பார்கின்சன் நோய், பக்கவாதம், தசைநார் சிதைவு, தலையில் பெரிய காயத்திற்காக கிடைக்கும் கூடுதல் மருத்துவரின் சான்றிதழ்களையும் மற்றும் அல்சைமர் நோய், காது கேளாமை, மல்டிபிள் ஸ்களீரோசிஸ், பேச்சுத் திறன் இழத்தல், கை கால் இழப்பு, மோட்டார் நியூரான் நோய், பார்வையின்மை, தனித்து வாழ இயலாமை போன்ற நரம்பியல் நிலைக்கான மருத்துவரின் சான்றிதழையும் தயவுசெய்து நிரப்பவும்

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

பிஎன்பி மெட்லைஃப் இன்சூயர் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜீஜா டவர்ஸ், 26/27 எம். ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001. ஐ.ஆர்.டி.ஏ. பதிவு எண் 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ. பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர சவர்கர் ஃபிளையோவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062. தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203

தொ.நகல்: +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 இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்.
பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ராஜீவ் டவர்ஸ், 26/27 எம். ஜி ரோடு, பெங்களூர் - 560001. ஐ.ஆர்.டி.ஏ. பதிவு எண் 117.
CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ. பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in
அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிக்ளெக்ஸ் -1, டெக்னிக்ளெக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062.
தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +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

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 இன்டியா இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்.

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம். ஜி ரோடு, பெங்களூரு - 560001. ஐ.ஆர்.டி.ஏ. பதிவு எண் 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ. பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: www.pnbmetlife.com, மின்னஞ்சல்: indiaservice@pnbmetlife.co.in அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிபிளெக்ஸ் -1, டெக்னிபிளெக்ஸ் காம்பிளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகான் (மேற்கு), மும்பை - 400062.

தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203