

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

వైద్యులు అందించే ధృవపత్రం (ప్రాణాంతక వ్యాధి క్లెయిమ్ల కోసం)

వ్యక్తిగత వివరాలు

Name of the patient: _____
 మరణించిన రోగి పేరు: _____
 Father / Spouse's Name _____
 తండ్రి / జీవిత భాగస్వామి పేరు: _____
 Age: _____ Gender: Male Female
 వయస్సు: _____ లింగం: పురుషుడు స్త్రీ
 Address: / చిరునామా: _____
 City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
 నగరం _____ రాష్ట్రం _____ దేశం _____ పిన్ కోడ్: _____

Hospital Details / ఆసుపత్రి వివరాలు

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
 అవుట్‌పేషంట్/ ఇన్-పేషంట్ నం.: _____ (ఇన్ పేషంట్ అయితే) చేరినది _____ డిశ్చార్జ్ అయినది _____
 Hospital Name: _____
 ఆసుపత్రి పేరు: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / ప్రాణాంతక వ్యాధి పేరు (ప్లాన్ ప్రకారం)

<input type="checkbox"/> Heart Attack గుండెపోటు	<input type="checkbox"/> Cancer క్యాన్సర్	<input type="checkbox"/> Coma కోమా	<input type="checkbox"/> Angioplasty యాంజియోప్లాస్టీ	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy కార్డియోమయోపతి	<input type="checkbox"/> Paralysis పక్షవాతం	<input type="checkbox"/> Deafness చెముడు
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta మహాధమని శస్త్రచికిత్స	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis రక్తనాళాలు గట్టిపడే వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Loss of Speech మాట పడబోవడం	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease మతిమరుపు	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs అవయవాలను కోల్పోవడం		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) సిఎబిజి (కరోనరీ ఆర్టరీ బైపాస్ సర్జరీ)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome అపాలిక్ సిండ్రోమ్	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor నిరపాయమైన మెదడువాపు	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease తుది దశ కాలేయ వ్యాధి			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma తలకు పెద్ద గాయం	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia అప్లాస్టిక్ అనిమియా	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease పార్కిన్సన్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ప్రాథమిక పుపుర రక్తపోటు			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease మోటార్ న్యూరాన్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Kidney Failure కిడ్నీల వైఫల్యం	<input type="checkbox"/> Major Burns శరీరం ఎక్కువగా కాలిపోవడం	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease దీర్ఘకాలిక ఊపిరితిత్తుల వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Stroke ఆఘాతం	<input type="checkbox"/> Blindness అందత్సం	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery మెదడు శస్త్రచికిత్స	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ప్రధానావయవాల మార్పిడి	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery గుండె కవాటానికి శస్త్రచికిత్స	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis లుపుస్ నెఫ్రటిస్ గల ఎస్ఎల్ఈ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis పోలియోమైటిస్		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy కండరాల బలవానత	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease అంతస్థ సిస్టిక్ వ్యాధి	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence స్వంతంగా పనులు చేసు లకపోవడం	<input type="checkbox"/> Terminal Illness అంత్య వ్యాధి			

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

గమనిక: పక్షవాతం, పార్కిన్సన్ వ్యాధి, స్ట్రోక్, కండరాల బలహీనత, మేజర్ హెడ్ ట్రామా కోసం అందుబాటులో ఉన్న అదనపు డాక్టర్ సర్టిఫికేట్‌ను మరియు అల్బీమర్స్ వ్యాధి, చెవుడు,

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, Techniplax -1, Techniplax Complex, Off Veer Savarkar Flyover, Goregaon (West), Mumbai - 400062. Phone: +91-22-41790000, Fax: +91-22-41790203

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నెప్లక్స్ -1, టెక్నెప్లక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైవేర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

మల్టిపుల్ స్క్లెరోసిస్, మాటలు కోల్పోవడం, అచయవాలి కోల్పోవడం, మోటార్ న్యూరాన్ వ్యాధి, అందత్వం, స్వతంత్ర ఉనికి కోల్పోవడం కోసం నాడీ సంబంధిత స్థితికి సంబంధించిన డాక్టర్ సర్టిఫికేట్ను దయచేసి పూరించండి

Nature of Habits / అలవాట్ల స్వభావం

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____
 ధూమపానం మద్యపానం పొగాకు నమలడం మాదకద్రవ్యాలు అలవాటు ఉంటే, ఎంతకాలం నుండి ఉంది _____

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
 తీసుకునే మోతాదు _____ ఇతరాలు (దయచేసి పేరనండి) _____

Diagnosis & Treatment / వ్యాధి నిర్ధారణ మరియు చికిత్స

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 మొదటిసారి సంప్రదించిన/వ్యాధి నిర్ధారణ జరిగిన తేదీ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____
 వ్యాధి లక్షణాలు / అస్వస్థత/వ్యాధి వివరాలు ఏవి? _____

Which investigations / tests were performed: _____
 నిర్వహించిన వైద్య పరీక్షలు / పరీక్షలు: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 వ్యాధి లక్షణాలు / అస్వస్థత / రోగం ఉన్న కాలం: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 వ్యాధి నిర్ధారణ పరీక్షలు చేసి, ఫలితాలను రోగికి అందించడం జరిగింది: _____

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 వ్యాధి సోకడానికి మరియు నిర్ధారణ కావడానికి మధ్య సమయం: _____ ఏళ్లు _____ నెలలు _____ రోజులు

Antecedent conditions related or contributing but not related to the illness: _____
 సంబంధిత లేదా దారి తీసే మునుపటి పరిస్థితులు, ఇవి వ్యాధికి సంబంధించినవి కాకూడదు: _____

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

మీకు తెలిసి రోగి మిమ్మల్ని కాకుండా వేరే ఎవరైనా వైద్యులను / ఆసుపత్రిని సంప్రదించారా? (సంప్రదించినట్లయితే, వివరాలు) అవును కాదు _____

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

రోగిని మీకు వేరే ఎవరైనా వైద్యులు సెపారేట్ చేసారా? "అవును" అయితే, దయచేసి వివరాలను అందజేయండి: అవును కాదు _____

Medical History / వైద్య చరిత్ర

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 గత 5 ఏళ్ల వ్యవధిలో మీరెప్పుడైనా వ్యాధి చివరి దశలో ఉన్నప్పుడు మరణించిన వ్యక్తికి చికిత్స చేసారా? అవును కాదు అవును అయితే;

Details of consultation in last 5 years గత 5 ఏళ్ల వ్యవధిలో మిమ్మల్ని సంప్రదించినప్పటి వివరాలు	1	2	3	4	5
Date of consultation సంప్రదించిన తేదీ					
Patient presented with complaints of రోగికి ఉన్న వ్యాధి లక్షణాలు					
Name of Investigations/tests prescribed సూచించిన వైద్య పరీక్షలు / పరీక్షల					

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

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నీప్లెక్స్ -1, టిక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

పేర్లు					
Dates on which the tests were done and the results పరీక్షలు నిర్వహించిన తేదీలు మరియు వాటి ఫలితాలు					
Name and address of the laboratory where the tests were done పరీక్షలు నిర్వహించిన ల్యాబ్ రేటర్ పేరు మరియు చిరునామా					
Treatment / Medication given జరిగిన చికిత్స / త్రాసి ఇచ్చిన మందులు					

Declaration / నిర్ధారణ

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:
ఎగువ చేసిన ప్రకటనలు నాకు తెలిసినంత వరకు మరియు నా దగ్గర / ఆసుపత్రిలో / వైద్యశాలలో ఉన్న నివేదికల ప్రకారం వాస్తవమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి:

Name of the Doctor వైద్యుల పేరు		Signature of the Doctor వైద్యుని సంతకం	Doctor/Hospital seal వైద్యులు/ఆసుపత్రి సీలు
Qualification of the Doctor వైద్యుల విద్యార్హత			
Regd. no. of the Doctor వైద్యుల గుర్తింపు సంఖ్య			
Contact no. of the Doctor వైద్యుల సంప్రదింపు నంబర్			
Email id of the Doctor వైద్యుల ఇమెయిల్ ఐడి			
Date తేదీ			

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

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: www.pnbmetlife.com, ఇమెయిల్: indiaservice@pnbmetlife.co.in లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నీప్లెక్స్ -1, టిక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ సుండ్, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203