

پی این بی میٹ لائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ،
رجسٹرڈ دفتر: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، 7 ویں منزل، ویسٹ ونگ، راجیہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور-560001، کرناٹک
- ہندوستان کا آئی آر ڈی اے رجسٹریشن نمبر 117 سی آئی نمبر۔ U66010KA2001PLC028883، ہمیں
کال کریں: ٹال فری نمبر، 1-800-425-6969، ویب سائٹ: www.pnbmetlife.com
ای میل: indiaservice@pnbmetlife.co.in یا ہمیں لکھیں: اس پتہ پر: پہلی منزل، ٹیکنی پلیکس-1، ٹیکنی پلیکس کمپلیکس، آف ویر
ساوگر فلیوے اور، گورے گاؤں (ویسٹ)، ممبئی-400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203

HOSPITAL CERTIFICATE

ٹکیفرٹسڈ لاسیٹپ

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

متفرعی مک (اگرچہ ارہیہ سے سفر طریک رکٹاڈ سے لایو سے ترک تکرش

Patient Details:

تلاصیف تکی ضریم

Name of the Patient: _____ ایما نک ضریم	
Age: _____ (Please Tick box) مرء	Sex: Male ☐ Female ☐ رئم ریم کیکو ڈ سکی باتریم دارب
Address of the Patient: _____ لا پتو کزیم	
Telephone No: _____ رمیفون ڈیٹو	
Name & Address of the Physician: (As Applicable): _____ ار پتو ایما نک رکٹاڈ (گو بولا سچ)	
Telephone No: _____ رمیفون ڈیٹو	
Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____ ار پتو ایما نک لاسیٹپ (گو بولا سچ):	
Telephone No: _____ رمیفون ڈیٹو	
Hospital Inpatient No / MRD No: _____ ریمز نریر پتاد سے لاسیٹپ پڈ ریم	

Particulars of Complaints and Symptoms:

تلاصیف تکی اتوملاء راو نایتوکش

1. Reason for Hospitalization: _____ ہچی وک سےل بونخاد میں لاسیٹپ
2. Date of first diagnosis/surgery: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ریخیای تک یرجس راو شخیشی تلپ
3. Date and time of admission: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format) شقر واو ریخیای تک سےل بونخاد
4. Date and time of Discharge: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format) شقر واو ریخیای تک سےل بونخاد
5. Exact diagnosis (es)/condition(s): _____ خین قباطم ختشیص
6. Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ریخیای تلپی پک درشوم
7. Was the Patient admitted to ICU? Yes ☐ No ☐ If "Yes" Please specify below details: ریک تہاجے وچی نیک ت تلاصیفی تاتریم ےار تو ب
8. Date and time of Admission into ICU: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format) شقر واو ریخیای تک سےل بونخاد
9. Date & time of Discharge from ICU: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format) شقر واو ریخیای تک سےل بونخاد
10. A) With what complaints was the patient admitted for? _____ ایما تگوار لکاد کو ضریم ہاتس سےل ایٹوکش کن
B) Since when was the patient suffering from the said complaint? _____ ایما تمیت سےل بک ضریم میں فلیکی تگڈ
11. Please give previous medical history of the patient: _____ ایمیرک ابقرہ ریخیال تکٹیم ی کے لپی بک ضریم یاتریم ےار ب
12. Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____ ایک بظرمی سےلپ سےل دجومو کی بظرمی لالتاد کی ایک بچہنگی ہے
13. Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____ ایک دجومو بظرمی بشرأ کے ترا لٹشیڈ وادٹیت سےل فسبوا ہے
14. Exact cause of Illness: (if others Please specify) (ی کے یرام یوخ ین قباطم مجبو :ریک تہاجس یین تو وگڈ رگا) Congenital ☐ Accidental ☐ Pre-existing ☐ Disability ☐ Others ☐ : _____ روعدم بظہندا یاتسادا ےلپ دجومو رگڈ
15. ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____ تلاصیفی تک طوابعه گڈ سےل
16. Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____ کترشے والے نکر ترکٹا / نجرس ی فیض اے فطر ی رحصہ
17. Nature of identity proof submitted by patient: _____ مرض کی فطر سےل بٹش ختاشہ کے تثبیط طرف ی

16.

Sr. no انحراف	Hospital Details ہسپتال تفصیلات	To be filled by Physician/Hospital ڈاکٹر/ہسپتال کی معرفت پھرا جائے گا
a.	Hospital Registration number ہسپتال رجسٹریشن نمبر	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ہسپتال میں بستروں کی تعداد (سمیت ای سی یو کے)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ہسپتال میں مکمل طور پر لکھیں آپریشن تھیٹروں کی تعداد	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ہسپتال میں تعلق یافتہ نرسوں کی تعداد	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock ل طور پر ڈاکٹروں کی ہسپتال میں چوبیسوں گھنٹے رہتے ہیں	

17. Details of Doctor's / Surgeons treated or advised the patient.

مریضوں کا علاج کرنے والے اور مشورہ دینے والے ڈاکٹر وں / سرجن وں کے تفصیلات

Name of the Doctor / Surgeon ڈاکٹر / سرجن کا نام	Contact Details رابطہ تفصیلات

Declaration:

اعلان

By The Hospital

ہسپتال کی معرفت

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. We hereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

ہم اس طرح اعلان کرتے ہیں کہ دعویٰ فارم میں فراہم کردہ معلومات سچی اور یقین کے مطابق درست اور سچ ہے۔ جس کے تحت اپر ذکر کردہ شخص کی پہچان کی توفیق کرتے ہیں جسے ہسپتال میں علاج کرایا۔

Doctor's name & Qualification: _____
ڈاکٹر کا نام اور اہلیات

Doctor's Signature: _____ Date: _____
ڈاکٹر کے دستخط تاریخ

Address & Seal: _____
پتہ اور سیل

(To be attested with Hospital Seal)

ہسپتال کی سیل کے ساتھ تصدیق کیا جائے گا

Note: All the questions are mandatory.

نوٹ تمام سوالات لازمی ہیں

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.

نوٹ: سرویسنگ فارم کی موجودہ پالیسی، اصل مواد پر مشتمل اس کے مقامی زبان کے ترجمہ کے ساتھ ساتھ انگریزی میں ہے۔ ترجمہ اور اصل انگریزی ورژن کے درمیان پیدا ہونے والے کسی اختلاف کی صورت میں، انگریزی ورژن پر حتمی طور پر غور کیا جائے گا اور اسی کو ترجیح دیا جائیگا۔