

To be completed by the medical attendant details of insured

بیمہ شدہ کی تفصیلات میڈیکل اینڈینٹ کے ذریعہ مکمل کی جائیں۔

General Information

عام معلومات

Name of the Insured / بیمہ دار کا نام _____ DOB تاریخ پیدائش _____
 CNIC # / شناختی کارڈ نمبر / _____ Employee Number / ملازم کا نمبر / _____ Category / قسم _____
 Residential Address / رہائشی پتہ _____
 Personal Contact Number / ذاتی رابطہ نمبر / _____ Occupation / پیشہ _____

Kindly provide us with the following information

برائے مہربانی ہمیں درج ذیل معلومات فراہم کریں۔

1. Diagnosis of Patient's condition / مریض کی حالت کی تشخیص _____

2. The cause of the patient's disability / مریض کی معذوری کی وجہ _____

Sr.No سیریل نمبر	Illness / cause of disability بیماری / معذوری کی وجہ	Date of diagnosis / suffering since شروع سے تشخیص / تکلیف کی تاریخ

3. Was the patient informed of the diagnosis? / کیا مریض کو تشخیص کے بارے میں مطلع کیا گیا تھا؟ _____

4. When did the patient experience the earliest symptoms hereof? / مریض کو اس کی ابتدائی علامات کا تجربہ کب ہوا؟ _____

5. Details of complications or concurrent conditions / پیچیدگیوں یا ہم آہنگ حالات کی تفصیلات _____

Date of first consultation and treatment with regards to the patient's present medical condition

مریض کی موجودہ طبی حالت کے حوالے سے پہلے مشاورت اور علاج کی تاریخ _____

Date of last consultation and treatment with regards to the patient's present medical condition

مریض کی موجودہ طبی حالت کے حوالے سے آخری مشاورت اور علاج کی تاریخ _____

6. Names, addresses and contact numbers of any other medical practitioners who may be or have been consulted

_____ کسی دوسرے طبی پریکٹیشنرز کے نام، پتے اور رابطہ نمبر جن سے مشورہ لیا گیا ہو یا ہو سکتا ہے۔

7. Details of any hospitalizations or special investigations / کسی بھی ہسپتال میں داخل ہونے یا خصوصی تحقیقات کی تفصیلات _____

8. Full details of treatment from the date of first consultation to the current date, the results, and the reasons, if any, for change

_____ پہلی مشاورت کی تاریخ سے لے کر موجودہ تاریخ تک علاج کی مکمل تفصیلات، نتائج، اور وجوہات، اگر کوئی تبدیلی ہوئی ہیں

9. Details of any specialized treatment / کسی بھی خصوصی علاج کی تفصیلات _____

10 (a) Is there any reason to believe that the condition may have arisen in any way from AIDS or any HIV infection?

_____ انفیکشن سے پیدا ہوئی ہو؟ HIV کیا یہ یقین کرنے کی کوئی وجہ ہے کہ یہ حالت ایڈز یا کسی

(b) Has the patient ever been tested for HIV antibodies? کیا کبھی مریض کا ایچ آئی وی اینٹی باڈیز کا ٹیسٹ کیا گیا ہے؟ _____

(c) If so, what was the result of the test? اگر ایسا ہے تو، ٹیسٹ کا نتیجہ کیا تھا؟ _____

11. Progress thus far and anticipated prognosis اب تک کی پیشرفت اور متوقع تشخیص _____

12. Please provide details of other information, which may be useful to the company in assessing this claim etc.

براہ کرم دیگر معلومات کی تفصیلات فراہم کریں، جو اس دعوے وغیرہ کا اندازہ لگانے میں کمپنی کے لیے مفید ہو سکتی ہیں۔ _____

13. Please provide us with copies of all investigations, laboratory tests, specialist reports etc.

براہ کرم ہمیں تمام تحقیقات، لیبارٹری ٹیسٹ، ماہرین کی رپورٹس وغیرہ کی کاپیاں فراہم کریں۔ _____

IMPAIRMENT is the alteration of normal functional capacity, that is, which functions is the person still able to do and which not, due to a disease, and is assessed by medical means, after a diagnosis has been established, and appropriate and optimal treatment applied.

DISABILITY is the alteration of capability to meet the personal, social or occupational demands due to an impairment, and is judged by non-medical means, that is in conjunction with his job description, policy disability clause conditions and personal factors, such as education, experience etc. For ease of reference we have provided the definitions as accepted by the insurance market of impairment and disability and would request that you do not comment on the nature of the occupational disability unless the details of the policy definition have been made available to you and such a decision specifically requested. As this decision may interfere with your doctor patient relationship it is in your own interests not to make such comments. We require an objective medical opinion of the impairment experienced by your patient, providing full details of all limitations in movement, use or restriction. The details of all treatment from the elementary to the most advanced will provide us with a full picture of the condition and its progression.

امپریمینٹ عام فعلی صلاحیت کی تبدیلی ہے، یعنی، کون سے افعال انسان اب بھی کرنے کے قابل ہے اور کون سے نہیں، بیماری کی وجہ سے، اور تشخیص قائم ہونے کے بعد، طبی ذرائع سے اس کا اندازہ لگایا جاتا ہے، اور مناسب اور بہترین علاج کا اطلاق ہوتا ہے۔

معذوری کسی خرابی کی وجہ سے ذاتی، سماجی یا پیشہ ورانہ تقاضوں کو پورا کرنے کی صلاحیت میں تبدیلی ہے، اور اس کا فیصلہ غیر طبی ذرائع سے کیا جاتا ہے، جو کہ اس کی ملازمت کی تفصیل، پالیسی کی معذوری کی شرح کی شرائط اور ذاتی عوامل، جیسے تعلیم، تجربہ وغیرہ۔ حوالہ کی آسانی کے لیے ہم نے معذوری اور معذوری کی انشورنس مارکیٹ کی طرف سے قبول کردہ تعریفیں فراہم کی ہیں اور درخواست کریں گے کہ آپ پیشہ ورانہ معذوری کی نوعیت پر تب تک تبصرہ نہ کریں جب تک کہ پالیسی کی تعریف کی تفصیلات آپ کو دستیاب نہ کر دی جائیں۔ اور اس طرح کے فیصلے کی خاص طور پر درخواست کی۔ چونکہ یہ فیصلہ آپ کے ڈاکٹر کے مریض کے تعلقات میں مداخلت کر سکتا ہے اس طرح کے تبصرے نہ کرنا آپ کے اپنے مفاد میں ہے۔ ہمیں آپ کے مریض کی طرف سے محسوس ہونے والی خرابی کے بارے میں ایک معروضی طبی رائے درکار ہے، جس میں نقل و حرکت، استعمال یا پابندی کی تمام حدود کی مکمل تفصیلات فراہم کی جائیں۔ ابتدائی سے لے کر جدید ترین تک کے تمام علاج کی تفصیلات ہمیں حالت اور اس کی ترقی کی مکمل تصویر فراہم کرے گی۔

Thank you for your assistance in this claim. اس دعوے میں آپ کی مدد کے لیے آپ کا شکریہ۔

Declaration

اقرار نامہ

I hereby declare that the information provided by me are true and to the best of my knowledge and belief.

میں اعلان کرتا ہوں کہ میرے ذریعہ فراہم کردہ معلومات درست اور میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق ہیں۔

Physician's Name ڈاکٹر کا نام _____

Name of Hospital / clinic ہسپتال / کلینک کا نام _____

Date: تاریخ _____ Seal & Signature مہر اور دستخط _____