

Note: Page and all contents must be completed entirely for this form to be accepted

نوٹ: اس فارم کو قبول کرنے کے لیے صفحات اور تمام مشمولات کو صحیح طور پر مکمل کریں

Policy No پالیسی نمبر \_\_\_\_\_ Claim No کلیم نمبر \_\_\_\_\_

## Details of insured / patient

بیمہ شدہ / مریض کی تفصیلات

Name نام \_\_\_\_\_ Age عمر \_\_\_\_\_  
Father / Husband Name والد / شوہر کا نام \_\_\_\_\_ Contact # رابطہ نمبر \_\_\_\_\_

## Details of injury

حادثے کی تفصیلات

Date of accident حادثے کی تاریخ \_\_\_\_\_ Time and Place of accident جائے حادثہ وقت اور جگہ \_\_\_\_\_  
Exact cause of accident and injuries sustained حادثے کی صحیح وجہ اور چوٹ کہاں لگی \_\_\_\_\_

## Diagnosis and details of medical condition

طبی حالت کی تشخیص اور تفصیلات

Diagnosis of the condition / Name of injury / Injuries حالت کی تشخیص / چوٹ کا نام / چوٹیں \_\_\_\_\_  
If Fracture please Mention Name of Fracture اگر فریکچر ہو تو براہ کرم فریکچر کا نام بتائیں \_\_\_\_\_ Location / Site of Fracture \_\_\_\_\_  
Was it confirmed by X-ray? کیا اس کی تصدیق ایکس رے سے ہوئی؟ Yes / ہاں  No / نہیں   
When did patient first consult you for this condition? اس حالت کے لیے مریض نے آپ سے پہلی بار کب مشورہ کیا؟ \_\_\_\_\_  
Described any other disease or infirmity affecting present condition موجودہ حالت کو متاثر کرنے والی کسی دوسری بیماری یا کمزوری کو بیان کریں \_\_\_\_\_

## Details of treatment

علاج کی تفصیلات

State the Details of treatment Given دیئے گئے علاج کی تفصیلات بیان کریں \_\_\_\_\_  
If surgical operation performed, mention: Name of Operation اگر سرجیکل آپریشن کیا گیا ہے، تو آپریشن کا نام تحریر کریں \_\_\_\_\_  
Date of Operation آپریشن کی تاریخ \_\_\_\_\_ Post Operative Complications آپریشن کے بعد پیش آنے والی پیچیدگیاں \_\_\_\_\_

## Recovery and prognosis

بازیابی اور تشخیص

Please provide the details of the following: براہ کرم درج ذیل کی تفصیلات فراہم کریں  
Duration of patient's confinement to Bed مریض کا بستہ رہنے کا دورانیہ \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ سے \_\_\_\_\_  
Duration of Total Disability Due to this Injury اس چوٹ کی وجہ سے کل معذوری کا دورانیہ \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ سے \_\_\_\_\_  
Return to Work on آفس واپس جانے کی تاریخ \_\_\_\_\_ Current Condition موجودہ حالت \_\_\_\_\_

## PHYSICIAN'S AFFIDAVIT OF TEMPORARY TOTAL DISABILITY

I certify that, in the best professional judgment, my patient is temporarily totally disabled as a result of Accidental injury and is unable to attend his job or to be gainfully employed. The cause of the injury is \_\_\_\_\_ The patient's temporary total disability began on \_\_\_\_\_ I anticipate that this patient will recover from this disability to the extent that he or she will be able attend his job or to be gainfully employed on \_\_\_\_\_ I am legally authorized to practice medicine/surgery. I declare that whatever is affirmed is true and correct.

عارضی طور پر مکمل معذوری کا معائنہ کا حلف نامہ

میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ، بہترین پیشہ ورانہ فیصلے میں، میرا مریض حادثاتی چوٹ کے نتیجے میں عارضی طور پر مکمل طور پر معذور ہو گیا ہے اور وہ اپنی ملازمت پر جانے یا فائدہ مند ملازمت حاصل کرنے سے قاصر ہے۔ چوٹ کی وجہ سے مریض کی عارضی طور پر مکمل معذوری \_\_\_\_\_ کو شروع ہوئی۔ میں امید کرتا / کرتی ہوں کہ یہ مریض اس معذوری سے اس حد تک صحت یاب ہو جائے گا کہ وہ \_\_\_\_\_ کو اپنی ملازمت پر حاضر ہو سکے گا یا فائدہ مند طریقے سے ملازمت کر سکے گا، میں قانونی طور پر دوا / سرجری کی مشق کرنے کا مجاز ہوں۔ میں اعلان کرتا ہوں کہ جو کچھ بھی تصدیق شدہ ہے وہ درست اور بالکل صحیح ہے۔

Physician's Name ڈاکٹر کا نام \_\_\_\_\_  
Date: تاریخ \_\_\_\_\_ Seal & Signature مہر اور دستخط \_\_\_\_\_