

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ডাক্তারের সার্টিফিকেট (জটিল অসুস্থতার দাবির জন্য)

ব্যক্তিগত বিবরণ

Name of the patient: _____
রোগীর নাম: _____
Father / Spouse's Name _____
পিতার/স্বামীর বা স্ত্রীর নাম: _____
Age: _____ Gender: Male Female
বয়স: _____ লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা
Address: / ঠিকানা: _____
City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
শহর _____ রাজ্য _____ দেশ _____ পিন কোড: _____

Hospital Details / হাসপাতালের বিবরণ

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
বহির্বিভাগের/আন্তঃবিভাগের রোগীর নম্বর: _____ (আন্তঃবিভাগের রোগী হলে) এই তারিখ থেকে _____ এই তারিখ পর্যন্ত
Hospital Name: _____
হাসপাতালের নাম: _____

Name of Critical Illness (As per the product) / জটিল অসুস্থতার নাম (প্রো ডাক্ট অনুসারে)

<input type="checkbox"/> Heart Attack হাট আঘাত	<input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার	<input type="checkbox"/> Coma কোমা	<input type="checkbox"/> Angioplasty আর্থাইজেন্ডিয়াস্টি	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কারডিওমায়োপ্যাথি	<input type="checkbox"/> Paralysis পক্ষাঘাত	<input type="checkbox"/> Deafness বধিরতা
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta অর্টা সার্জারি	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis একাধিক স্লেয়ারোসিস	<input type="checkbox"/> Loss of Speech বাকরুদ্ধ	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease আলঝেইমার রোগ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs অঙ্গপ্রত্যঙ্গের ক্ষতি		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) সিএবিজি (করোনারি আর্টারি বাইপাস সার্জারি)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome আপালিক সিনড্রোম	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor বেনাইন ব্রেইন টিউমার	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease লিভারের রোগের শেষ পর্যায়			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma মেজর হেড ট্রমা	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia অ্যাপ্লাস্টিক অ্যানিমিয়া	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease পারকিনসনস রোগ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension প্রাথমিক পালমোনারি উচ্চ রক্তচাপ			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease মোটর নিউরনের রোগ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure কিডনি ফেইলিওর	<input type="checkbox"/> Major Burns চরম দক্ষ হওয়া	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease দীর্ঘস্থায়ী ফুসফুসের রোগ	<input type="checkbox"/> Stroke স্ট্রোক	<input type="checkbox"/> Blindness অন্ধত্ব	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ব্রেইন সার্জারি	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant বড় ধরনের অঙ্গ প্রতিস্থাপন	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery হাটের ভালভের সার্জারি	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis এসএলই সহ লুপাস নেফ্রিটিস	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis পোলিওময়েলিটিস		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy মাঙ্গুলার ডিস্ট্রোফি	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease মেডুলারি সিস্টিক ডিজিজ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence স্বতন্ত্র অস্তিত্ব হারানো	<input type="checkbox"/> Terminal Illness টার্মিনাল ইলনেস			

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

দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে প্যারালাইসিস, পারকিনসনস ডিজিজ, স্ট্রোক, মাঙ্গুলার ডিস্ট্রোফি, মেজর হেড ট্রমার জন্য উপলব্ধ অতিরিক্ত ডাক্তারের সার্টিফিকেট এবং আলঝেইমার ডিজিজ, বধিরতা, মাল্টিপল স্লেয়ারোসিস, বাকশক্তি হ্রাস, হাত-পা নাড়াচার সমস্যা, মোটর নিউরন ডিজিজ, অন্ধত্ব, স্বাধীন অস্তিত্ব হানির মত স্নায়ুগত স্বাস্থ্যসমস্যার জন্য ডাক্তারের সার্টিফিকেট পূরণ করুন।

Nature of Habits / অভ্যাসের প্রকৃতি

Smoking
ধূমপান

Alcohol
মদ্যপান

Tobacco
তামাক

Drugs if yes, duration of consumption _____
মাদক হ্যাঁ হলে, কতদিন ধরে নেশাগ্রস্ত ছিল _____

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
নেশার পরিমাণ _____ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

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

পিবএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়া সার্ভিস রেসপন্স সেন্টারের অ্যাড্রেস ডেভেলপমেন্ট অধিষ্ঠিত অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা,

টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Diagnosis & Treatment / রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 প্রথম পরামর্শ/রোগ নির্ণয়ের তারিখ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____
 উপসর্গ/অসুস্থতা/রোগ কী ছিল? _____

Which investigations / tests were performed: _____
 কী কী অসুস্থতা/পরীক্ষা করা হয়েছে: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 উপসর্গ/অসুস্থতা/রোগের সময়কাল: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____
 রোগ নির্ণয় করে যখন রোগীকে জানানো হয়: _____

Interval between onset and diagnosis: _____ Years _____ Months _____ Days
 এবং রোগ নির্ণয়ের মধ্যে ব্যবধান: _____ বছর _____ মাস _____ দিন

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: _____
 পূর্ববর্তী অবস্থা সম্পর্কিত বা অসুস্থতার সঙ্গে সম্পর্কিত নয়: _____

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

রোগী আপনাকে ছাড়া অন্য কোন ডাক্তার/হাসপাতালের সঙ্গে পরামর্শ করেছেন কিনা তা সম্পর্কে আপনি কী কিছু জানেন? [হ্যাঁ হলে, তার বিশদ বিবরণ] হ্যাঁ না _____

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

অন্য কোন ডাক্তার কী রোগীকে আপনার কাছে রেফার করেছিল? যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণ দিন: হ্যাঁ না _____

Medical History / xxx

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes;
 চূড়ান্ত অসুস্থতার আগে আপনি কী শেষ 5 বছরের কোন সময় মৃত ব্যক্তির চিকিৎসা করেছিলেন? হ্যাঁ না হ্যাঁ হলে;

Details of consultation in last 5 years গত 5 বছরের পরামর্শের বিশদ বিবরণ	1	2	3	4	5
Date of consultation পরামর্শ নেওয়ার তারিখ					
Patient presented with complaints of রোগীর অভিযোগ সহ উপস্থাপন					
Name of Investigations/tests prescribed নির্দেশিত অনুসন্ধান/পরীক্ষার নাম					
Dates on which the tests were done and the results যে তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে এবং তার ফলাফল					
Name and address of the laboratory where the tests were done যে ল্যাবরেটরিতে পরীক্ষা করা হয়েছে তার ঠিকানা					
Treatment / Medication given যে চিকিৎসা/ওষুধ দেওয়া হয়েছে					

Declaration / ঘোষণা

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:
 উপরের বিবৃতিগুলি আমার জানা মতে ও বিশ্বাসে এবং আমার/হাসপাতাল/ক্লিনিকে থাকা রেকর্ড অনুসারে সত্য ও সম্পূর্ণ:

Name of the Doctor ডাক্তারের নাম	Signature of the Doctor ডাক্তারের স্বাক্ষর	Doctor/Hospital seal ডাক্তার/হাসপাতালের সীল
Qualification of the Doctor ডাক্তারের যোগ্যতা		
Regd. no. of the Doctor রেজিড. না ডাক্তারের		
Contact no. of the Doctor ডাক্তারের যোগাযোগের নম্বর		
Email id of the Doctor ডাক্তারের ইমেল আইডি		
Date তারিখ		

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

পিবনবি মেটলাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ইন্ডিয়া সার্ভিস রেসপন্সেবল অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া রেজিস্ট্রেশন নম্বর 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, টোল ফ্রি নম্বর 1-800-425-6969 এ আমাদের কল করুন, ওয়েবসাইট: www.pnbmetlife.com, ইমেল: indiaservice@pnbmetlife.co.in বা আমাদের লিখে পাঠান এখানে 1ম তলা,

টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাভারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোরেগাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203