

ପିଏଚ୍‌ସି ନେଟ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍,

ପଞ୍ଜିକୃତ ଅଫିସ୍: ୟୁନିଟ୍ ନଂ ୭୦୧, ୭୦୨, ୭୦୩, ୭ମ ଫ୍ଲୋର, ପଶ୍ଚିମ ଉପକଣ୍ଠ, ରାହେଜା ଟାଉରସ୍, ୨୬/୨୭ ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର, କର୍ଣ୍ଣାଟକ - ୫୬୦୦୦୧. ଭାରତର ଆଇଆର୍ଡିଏ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା ୧୧୭, ସିଆଇ ସଂଖ୍ୟା U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ମାଗଣା ୧-୮୦୦-୪୨୫-୬୯୬୯, ୱେବସାଇଟ୍ www.pnbmetlife.com ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା indiaservice@pnbmetlife.co.in, ଆମକୁ ପତ୍ର ଲେଖନ୍ତୁ - ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ -୧, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ବିପରୀତ ସାବାର୍କର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଉତ୍ତର ମୁମ୍ବାଇ - ୪୦୦୦୬୨ | ଫୋନ୍ - ୯୧-୨୨-୪୧୭୯୦୦୦୦, ଫାକ୍ସ - ୯୧-୨୨-୪୧୭୯୦୨୦୩

Attending Physician's Statement - Disability Claim

ଚିକିତ୍ସାକରୁଥିବାଚିକିତ୍ସାକଙ୍କର କଥନ - ଦିକଳାଙ୍ଗତାଦାବି

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

ନୋଟ: ଦୟାକରିତନେଥିବାସବୁ ପୃଷ୍ଠାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷରକରନ୍ତୁ

DOCTOR'S DETAILS:

ଡାକ୍ତରଙ୍କର ବିବରଣୀ

Name of the Attending Physician: _____
 ସେବାକରୁଥିବାଚିକିତ୍ସକଙ୍କର ନାମ:

Name of the Clinic / Hospital: _____
 ସରୋକାଚିକିତ୍ସାଳୟ/ ଡାକ୍ତରଖାନା/ରୋଗୀନାମ

Address: _____
 ଠିକଣା

Contact No.: _____ E-mail address: _____
 ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ ଇମେଲ୍ ଠିକଣା

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

ଦାବିଦାର/ରୋଗୀଙ୍କର ବିବରଣୀ

Name of the Claimant: _____
 ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ

Address: _____
 ଠିକଣା

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____
 ବୟସ ଓ ଲିଙ୍ଗ ଡାକ୍ତର/ ଭର୍ତ୍ତିହୋଇଥିବାରୋଗୀନମ୍ବର

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

ଦିର୍ଦ୍ଧିଷ୍ଣ କରନ୍ତୁ, କେଉଁ ଦିକଳାଙ୍ଗତାପ୍ରକୃତ୍ୟ ଅଟେ

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ଗୋଟିଏ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟି ଶକ୍ତିହରାଜବା	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb ଗୋଟିଏ ଅଙ୍ଗର ଉପଯୋଗହରାଜବା	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes ଉଭୟ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟିଶକ୍ତିହରାଜବା
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing ଶ୍ରବଣଶକ୍ତିହରାଜବା	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs ଦୁଇଟି ଅଙ୍ଗର ଉପଯୋଗହରାଜବା	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ଗୋଟିଏ ଅଂଗହରାଜବା ଏବଂ ଗୋଟିଏ ଆଖିର ଦୃଷ୍ଟିଶକ୍ତିହରାଜବା
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing ବାକ୍ ଶକ୍ତି ଓ ଶ୍ରବଣଶକ୍ତିହରାଜବା	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ବାକ୍ ଶକ୍ତିହରାଜବା	

HISTORY

ଇତିହାସ

Date of first Consultation: _____
 ପ୍ରଥମ ପରାମର୍ଶପ୍ରକ୍ରିୟାର ତାରିଖ:

Details of the Doctor who treated first: _____
 ପ୍ରଥମେ ଚିକିତ୍ସାକରିଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ବିବରଣୀ:

Date of appearance of first symptoms: _____
 ପ୍ରଥମ ଲକ୍ଷଣ ଦେଖାଦେବା ତାରିଖ:

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No
 ଅତୀତରେ ରୋଗୀର ସେହି କିମ୍ବା ସେହି ସଦୃଶ ଅବସ୍ଥା ଥିଲା କି? ହଁ ନାହିଁ

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____
 (ଯଦି "ହଁ" କହୁଛନ୍ତି ତେବେ କେବେ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରିଥିଲେ ଦୟାକରି ଅନ୍ୟ ଏକ ପୃଷ୍ଠା (ପତ୍ର) ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

PRESENT CONDITION:

ବର୍ତ୍ତମାନ ଅବସ୍ଥା

Subjective symptoms: _____
 ଅନୁଭୂତ ଲକ୍ଷଣ

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
 (ବର୍ତ୍ତମାନ ଏକ୍ସରେ, ଇସିପି ଏବଂ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବିଶେଷ ପରୀକ୍ଷାର ଫଳାଫଳ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଟେ)

DIAGNOSIS:

ନିଦାନ

Please provide details: _____
 ଦୟାକରି ସବିଶେଷତା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

TREATMENT:

ଚିକିତ୍ସା

Date of first visit: _____
 ପ୍ରଥମ ଥର ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ସାକ୍ଷତକରିବା ତାରିଖ

OP Number/Hospital No./Indoor Patient No.: _____
 ଓପିନମ୍ବର/ ଡାକ୍ତରଖାନା ନଂ/ ଇଣ୍ଡୋର ଅଧିବାସୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ଶେଷ ସାକ୍ଷତକରିବା ତାରିଖ ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ସାକ୍ଷତକରିବାର ଆବୃତ୍ତି (ସପ୍ତାହିକ/ ମାସିକ/ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ)

Date of Last examination: _____
 ଶେଷ ପରୀକ୍ଷା ତାରିଖ:

Is this Disability permanent: _____
 କଣ ଏହି ବିକଳାଙ୍ଗତା ସ୍ଥାୟୀ:

Is this Disability Reversible: _____
 କଣ ବିକଳାଙ୍ଗତା ଉଲଟାଯାଇପାରିବ

What was the cause of disability: _____
 ବିକଳାଙ୍ଗତାର କାରଣ କଣ ଥିଲା:

Is this disability result of Accident: _____
 କଣ ଏହି ବିକଳାଙ୍ଗତା ଦୁର୍ଘଟଣାର ଫଳାଫଳ ଅଟେ:

PROGRESS:

ପ୍ରଗତି

Recovered Improved Unimproved Retrogressed
 ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଲାଭ ହୋଇଛି ଉନ୍ନତି ହୋଇଛି ଅବନତି ହୋଇଛି ପଶ୍ଚାତ୍ତ୍ୟାଗ ହୋଇଛି

MENTAL CONDITION:

ମାନସିକ ଅବସ୍ଥା

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes No
 ରୋଗୀ ତେଜ ସମର୍ଥନ କରିବା ଏବଂ ତାହାର ଅଗ୍ରଗତିର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ପରିଚାଳନା କରିବା ପାଇଁ ଯୋଗ୍ୟ ଅଟେ କି? ହଁ ନାହିଁ

DECLARATION:

ଘୋଷଣା

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

ଏହି ଘୋଷଣା ମୋର ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ବିଶ୍ୱାସର ସର୍ବୋଚ୍ଚ ସ୍ତରରେ ସତ୍ୟ ଅଟେ:

Name & Signature of the Physician: _____

ଚିକିତ୍ସାକର ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Date: _____

ତାରିଖ

Qualifications: _____

ଶିକ୍ଷାଗତ ଯୋଗ୍ୟତା

Reg. No.: _____

ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ

(Seal)
(ମୋହର)

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

ନୋଟ: ବର୍ତ୍ତମାନ ପଲିସି ସର୍ଭିସିଙ୍ଗ ଫର୍ମ ଇଂରାଜୀ ଏବଂ ଓଡ଼ିଆ ଭାଷାରେ ଅନୁବାଦ ସହିତ ଇଂରାଜୀରେ ମୂଳ ବିଷୟବସ୍ତୁ ରହିଥାଏ ଅନୁବାଦିତ ସଂସ୍କରଣ ଏବଂ ମୂଳ ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ମଧ୍ୟରେ ଉତ୍ପନ୍ନ ହେଉଥିବା କୌଣସି ଅସମ୍ମତ ସତ୍ୟରେ ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ଚୂତାନ୍ତ ଭାବରେ ବିଚାର କରାଯିବ ଏବଂ ଅଧିକ ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ହେବ.