

## Attending Physician's Statement - Disability Claim

### দেখভালকারী চিকিৎসকের মন্তব্য - অসমতার দাবী

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

দ্রষ্টব্য: অনুগ্রহ করে প্রতিটি পাতার নীচে স্বাক্ষর করবেন।

#### DOCTOR'S DETAILS:

চিকিৎসকের বিবরণ:

Name of the Attending Physician: \_\_\_\_\_

দেখভালকারী চিকিৎসকের নাম:

Name of the Clinic / Hospital: \_\_\_\_\_

চিকিৎসাকেন্দ্র/হাসপাতালের নাম:

Address: \_\_\_\_\_

ঠিকানা:

Contact No.: \_\_\_\_\_

যোগাযোগের নম্বর:

E-mail address: \_\_\_\_\_

ইমেল আইডি:

#### CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

যিনি দাবী জানাচ্ছেন/রোগীর বিবরণ:

Name of the Claimant: \_\_\_\_\_

যিনি দাবী জানাচ্ছেন তার নাম:

Address: \_\_\_\_\_

ঠিকানা:

Age & Sex: \_\_\_\_\_ Hospital/Indoor Patient Number: \_\_\_\_\_

বয়স ও লিঙ্গ:

হাসপাতাল/ইন্ডোর পেসেন্ট নম্বর:

#### SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

কোন অসমতা প্রযোজ্য সেটি উল্লেখ করুন:

Loss of sight of one Eye

এক চোখের দৃষ্টি চলে যাওয়া

Loss of Hearing

শ্রবণবমতা হারিয়ে যাওয়া

Loss of speech and hearing

কথা বলা এবং শোনার বমতা হারিয়ে যাওয়া

Loss on use of one Limb

একটি অঙ্গের ব্যবহার নষ্ট হওয়া

Loss of use of two limbs

দুটি অঙ্গের ব্যবহার নষ্ট হওয়া

Loss of Speech

কথা বলার বমতা হারিয়ে যাওয়া

Loss of sight of both the eyes

দুটি চোখের দৃষ্টি হারিয়ে যাওয়া

Loss of one limb & loss of sight of one eye

একটি অঙ্গ নষ্ট হওয়া এবং এক চোখের দৃষ্টি হারিয়ে ফেলা

#### HISTORY

ইতিহাস

Date of first Consultation: \_\_\_\_\_

প্রথমবার পরামর্শ করার তারিখ:

Details of the Doctor who treated first: \_\_\_\_\_

যে চিকিৎসক প্রথমবার চিকিৎসা করেছিলেন তাঁর বিবরণ:

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_

প্রথমবার যে তারিখে লক্ষণগুলি দেখা গিয়েছিল:

Has the patient ever had the same or similar condition in past:  Yes  No

রোগীর কি অতীতে কখনও এই ধরণের বা একই অবস্থা হয়েছিল:

হ্যাঁ

না

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): \_\_\_\_\_

(যদি উত্তর "হ্যাঁ" হয় তবে কখন হয়েছিল এবং সেই বিষয়ে বিবরণ উল্লেখ করুন। যদি প্রয়োজন হয় অতিরিক্ত পৃষ্ঠা যোগ করতে পারেন।)

**PRESENT CONDITION:**

বর্তমান অবস্থা:

Subjective symptoms: \_\_\_\_\_

বিষয়গত লক্ষণগুলি:

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_

নৈবর্তিক অনুসন্ধান (সাম্প্রতিককালে করা এক্স-রে, ইসিজি বা অন্যকোনো বিশেষ পরীবার ফলাফল সহ):

**DIAGNOSIS:**

রোগ নির্ণয়:

Please provide details: \_\_\_\_\_

অনুগ্রহ করে বিবরণ উল্লেখ করুন:

**TREATMENT:**

চিকিৎসা:

Date of first visit: \_\_\_\_\_

প্রথমবার পরিদর্শনের তারিখ:

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_

ওপি নম্বর/ হাসপাতাল নম্বর/ ইন্ডোর পেসেন্ট নং:

Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_

শেষবার পরিদর্শনের তারিখ:

কত সময় অস্রর দেখাতেন (সাপ্তাহিক/ মাসিক/ অন্যান্য):

Date of Last examination: \_\_\_\_\_

শেষবার পরীবার তারিখ:

Is this Disability permanent: \_\_\_\_\_

এই অরমতা কি চিরস্থায়ী:

Is this Disability Reversible: \_\_\_\_\_

এই অরমতা কি পুনরায় ফিরে আসতে পারে:

What was the cause of disability: \_\_\_\_\_

এই অরমতার কারণ কি ছিল:

Is this disability result of Accident: \_\_\_\_\_

এই অরমতা কি কোনো দুর্ঘটনার কারণে হয়েছে:

**PROGRESS:**

অগ্রগতি:

 Recovered

সুহ হওয়া

 Improved

উন্নতি হওয়া

 Unimproved

কোনো উন্নতি না হওয়া

 Retrogressed

অবনতি হওয়া

**MENTAL CONDITION:**

মানসিক অবস্থা:

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of?

রোগী কি এই পরীবারগুলি নিজে করাতে পারছেন বা অগ্রগতি বিষয়ে নির্দেশ দিতে পারছেন?

 Yes

হ্যাঁ

 No

না

**DECLARATION:**

ঘোষণা:

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

এই বক্তব্যগুলি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সর্বতোভাবে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

Name &amp; Signature of the Physician: \_\_\_\_\_

চিকিৎসকের নাম এবং স্বাক্ষর:

Date: \_\_\_\_\_

তারিখ:

Qualifications: \_\_\_\_\_

শিবাগত যোগ্যতা:

Reg. No.: \_\_\_\_\_

রেজিস্ট্রেশন নম্বর:

(Seal)

(সিলমোহর)

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.

দ্রষ্টব্য: এই বর্তমান পলিসি সার্ভিসিং নিদর্শনটিতে এর প্রকৃত ইংরাজি সংস্করণ এবং তার সাথে সাথে আঞ্চলিক ভাষায় এর অনুবাদিত সংস্করণ এবং প্রকৃত ইংরাজি সংস্করণের মধ্যে কোনো বিরোধ দেখা দিলে কেবলমাত্র ইংরাজি সংস্করণটিকে চূড়ান্ত বলে গণ্য করা হবে এবং সেটিই বলবত থাকবে।

Customer Service Toll free: 1800-425-6969. OR Call on: +91-80-2650-2244 (8:00 am to 8:00 pm) OR

Write to us at [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in)

গ্রাহক পরিষেবার জন্য টোল ফ্রি টেলিফোন নং: ১৮০০ ৪২৫ ৬৯৬৯, অথবা টেলিফোন করুন: +৯১-৮০-২৬৫০-২২৪৪ (সকাল ৮টা থেকে রাত্রি ৮টা)

indiaservice@pnbmetlife.co.in এই ঠিকানায় আমাদেরকে ইমেল পাঠান

Version 2.1

সংস্করণ ২.১