

## Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

### ডাক্তারের সার্টিফিকেট (জটিল অসুস্থতার দাবির জন্য)

#### Personal Details/ব্যক্তিগত বিবরণ

Name of the patient: \_\_\_\_\_  
রোগীর নাম: \_\_\_\_\_

Father / Spouse's Name: \_\_\_\_\_  
পিতার/স্বামীর বা স্ত্রীর নাম: \_\_\_\_\_

Age/বয়স: \_\_\_\_\_ Gender:/লিঙ্গ:  Male/পুরুষ  Female/মহিলা

Address:/ঠিকানা: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
শহর \_\_\_\_\_ রাজ্য \_\_\_\_\_ দেশ \_\_\_\_\_ পিন কোড: \_\_\_\_\_

#### Hospital Details/হাসপাতালের বিশদ 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 (প্রোডাক্ট অনুসারে)

<input type="checkbox"/> Heart Attack হাট অ্যাটাক	<input type="checkbox"/> Cancer ক্যান্সার	<input type="checkbox"/> Coma কোমা	<input type="checkbox"/> Angioplasty অ্যাঞ্জিওপ্লাস্টি	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কার্ডিওমায়োপ্যাথি	<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 অ্যাপালিক 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 পারকিনসন্স 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 দহন 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 মাস্কুলার 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			

#### Nature of Habits/অভ্যাসের প্রকৃতি

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
ধূমপান মদ্যপান তামাক 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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং. 701, 702 & 703, 7তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ভারতের আইআরডিএ নিবন্ধন নম্বর হলো 117।  
সি এল নং. U66010KA2001PLC028883, ফোন নম্বর: টোল ফ্রি - 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ইমেল: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) অথবা 1 তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাবরকার ফ্লাইওভারের উল্টোদিকে, গোরগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই -400062 ঠিকানা: আমাদের লিখে পাঠান। 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  
 সূত্রপাত 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/চিকিৎসা ইতিহাস

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 নাম ও ঠিকানা					
Treatment / Medication given যে চিকিৎসা/ঔষু দেওয়া হয়েছে					

### 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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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 ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং. 701, 702 & 703, 7তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ভারতের আইআরডিএ নিবন্ধন নম্বর হলো 117।  
 সি এল নং. U66010KA2001PLC028883, ফোন নম্বর: টোল ফ্রি- 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ইমেল: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) অথবা 1 তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাতারকর ফ্লাইওভারের উল্টোদিকে, গোরগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই -400062 ঠিকানায় আমাদের লিখে পাঠান। ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

## 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/হাসপাতল/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 ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশনের নম্বর			
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](http://www.pnbmetlife.com), Email: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto: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

পিনএলবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং. 701, 702 & 703, 7তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার্স, 26/27 এম জি রোড, ব্যাঙ্গালোর -560001, কর্ণাটক। ভারতের আইআরডিএ নিবন্ধন নম্বর হলো 117।  
সি এল নং. U66010KA2001PLC028883, ফোন নম্বর: টোল ফ্রি- 1-800-425-6969, ওয়েবসাইট: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ইমেল: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) অথবা 1 তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সাত্তারকর ফ্লাইওভারের উল্টোদিকে, গোরগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই -400062 ঠিকানায় আমাদের লিখে পাঠান। ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203