

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

### Personal Details

## ডাক্তারৰ প্ৰমাণ-পত্ৰ) জটিল অসুখৰ দাবীৰ কাৰণে ব্যক্তিগত বিশদ-বিৱৰণ

Name of the patient: \_\_\_\_\_  
ৰোগীজনৰ নাম: \_\_\_\_\_  
Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
দেউতাক/জীৱনসঙ্গীৰ নাম: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
বয়স: \_\_\_\_\_ লিংগ: পুৰুষ মহিলা  
Address: / ঠিকনা: \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
চহৰ \_\_\_\_\_ ৰাজ্য \_\_\_\_\_ দেশ \_\_\_\_\_ পিন কড: \_\_\_\_\_

### Hospital Details / চিকিৎসালয়ৰ বিশদ-বিৱৰণ

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ (If In Patient) From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
বাহিৰৰ ৰোগী/ভিতৰৰ ৰোগীৰ নম্বৰ: \_\_\_\_\_ (যদিহে ভিতৰৰ ৰোগী হয়) পৰা \_\_\_\_\_ লৈ \_\_\_\_\_  
Hospital Name: \_\_\_\_\_  
চিকিৎসালয়ৰ নাম: \_\_\_\_\_

### Name of Critical Illness (As per the product) / অসুখৰ নাম (দ্ৰব্য অনুসৰি)

<input type="checkbox"/> Heart Attack হাৰ্ট এটেক	<input type="checkbox"/> Cancer কেনচাৰ	<input type="checkbox"/> Coma ক'মা	<input type="checkbox"/> Angioplasty এণ্ড জিয়'প্লাষ্টি	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy কাৰ্ডিঅ'মাইঅ'পেথী	<input type="checkbox"/> Paralysis পেৰেলাইচিচ	<input type="checkbox"/> Deafness কলা অৱস্থা
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta মহাধমনীৰ চাৰ্জাৰি	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis মাল্টিপল স্কেলেৰ'চ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech কথা ক'ব নোৱাৰা	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease আলজাইমাৰ অসুখ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ভৰি-হাত হেৰুৱা		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) চিএবিজি (কে'ৰ'নেৰি আৰ্টেৰি বাইপাছ চাৰ্জাৰি)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome এপলিক চিনড্ৰম	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor মৃদু মগজুৰ টিউমাৰ	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease শেষ অৱস্থাৰ লিভাৰৰ অসুখ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma গুৰুত্বপূৰ্ণ মূৰৰ অসুখ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia এপ্লাষ্টিক এনিমিয়া	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease পাৰ্কিনচনচ অসুখ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension প্ৰাথমিক পালম'নেৰী হাইপাৰটেনশ্বন			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease মটৰ নিউৰনৰ অসুখ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure কিডনি বিকল	<input type="checkbox"/> Major Burns গুৰুতৰভাবে পোৰা	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease পুৰণি হাঁওফাঁওৰ অসুখ	<input type="checkbox"/> Stroke ষ্ট্ৰ'ক	<input type="checkbox"/> Blindness নেদেখা হোৱা	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery মূৰৰ চাৰ্জাৰি	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant প্ৰধান অঙ্গৰ প্ৰত্যাহাৰণ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery হাৰ্ট ভাল্ভ চাৰ্জাৰি	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis লিউপুচ নেফৰাইটিছৰ সৈতে এচএলই	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis পলিঅ'মাইয়েলাইটিছ		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy মাচিউলাৰ ডিচট্ৰফী	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease মেডুলাৰী চিষ্টিক অসুখ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence সুকীয়া অস্তিত্ব হেৰুওৱা	<input type="checkbox"/> Terminal Illness গুৰুতৰ ৰোগ			

**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

**টোকা:** অনুগ্ৰহ কৰি পক্ষাঘাত, পাৰ্কিনছন ৰোগ, ষ্ট্ৰোক, মাঙ্কুলাৰ ডিষ্ট্ৰফী, মেজৰ হেড ট্ৰামা, আৰু আলঝেইমাৰ ৰোগ, বৰ্ধিতা, মাল্টিপল স্কেলেৰোচিছ, বাক শক্তি হেৰুওৱা, হাত-ভৰি হেৰুওৱা, মটৰ নিউৰন ৰোগ, অঙ্গত্ব, স্বতন্ত্ৰ অস্তিত্ব হেৰুওৱাৰ বাবে উপলব্ধ অতিৰিক্ত চিকিৎসকৰ প্ৰমাণপত্ৰ পূৰণ কৰক

### Nature of Habits / অভ্যাসৰ প্ৰকাৰ

Smoking  
ধূমপান

Alcohol  
মাদকমদ্য

Tobacco  
ধঁপাত

Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_  
ড্ৰাগচ যদি হয়, লোৱাৰ ম্যাদ \_\_\_\_\_

Quantity consumed \_\_\_\_\_ Others (Please Specify) \_\_\_\_\_  
লোৱাৰ পৰিমাণ \_\_\_\_\_ অন্য (অনুগ্ৰহ কৰি উল্লেখ কৰক) \_\_\_\_\_

### Diagnosis & Treatment / নিদান আৰু চিকিৎসা

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_  
প্ৰথম দিশ-পৰামৰ্শ/নিদানৰ তাৰিখ: \_\_\_\_\_

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

পি.এনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্সুৰেঞ্চ কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117,  
CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওেবচাইট: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ইমেইল: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) অথবা 1ম মহলা,  
টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গ'ৰ্বেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203

What were the symptoms / illness / disease? \_\_\_\_\_  
লক্ষণ/অসুখ/বেমাৰ কি আছিল? \_\_\_\_\_

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
কোনবিলাক অনুসন্ধান / পৰীক্ষা কৰা হৈছিল: \_\_\_\_\_

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
লক্ষণ/অসুখ/ৰোগৰ ম্যাদ: \_\_\_\_\_

Diagnosis made and Informed to the patient: \_\_\_\_\_  
নিদান কৰা হৈছিল আৰু ৰোগীক জনোৱা হৈছিল: \_\_\_\_\_

Interval between onset and diagnosis: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
অসুখ ধৰা পৰা আৰু নিদানৰ মাজৰ ব্যৱধান: \_\_\_\_\_ বছৰ \_\_\_\_\_ মাহ \_\_\_\_\_ দিন

Antecedent conditions related or contributing but not related to the Illness: \_\_\_\_\_  
অসুখৰ কাৰকৰ লগত সম্বন্ধ নথকা অথচ সম্বন্ধীয় আগতীয়া অৱস্থা বা অৰিহণা: \_\_\_\_\_

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

আপোনাৰ অজ্ঞাতে যদি ৰোগীয়ে অন্য ডাক্তৰ/চিকিৎসালয়ৰ লগত দিহা-পৰামৰ্শ কৰিছিল সেই বিষয়ে আপুনি জ্ঞাতনে? (যদি হয়, সেই বিষয়ে বিশদ-বিৱৰণ)  হয়  নহয় \_\_\_\_\_

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

অন্য কোনো ডাক্তৰৰ দ্বাৰা আপোনালৈ ৰোগীক ৰেফাৰ কৰা হৈছিল নেকি? যদি "হয়", অনুগ্রহ কৰি বিশদ-বিৱৰণ প্ৰদান কৰক:  হয়  নহয় \_\_\_\_\_

### Medical History / চিকিৎসা ইতিহাস

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness?  Yes  No If Yes;  
আপুনি মৃতকক যোৱা 5 বছৰে চিকিৎসা কৰি আছিলনে, আৰম্ভণিৰ পৰা শেষলৈকে?  হয়  নহয় যদি হয়;

Details of consultation in last 5 years যোৱা 5 বছৰৰ দিহা-পৰামৰ্শৰ বিশদ- বিৱৰণ	1	2	3	4	5
Date of consultation দিহা-পৰামৰ্শৰ তাৰিখ					
Patient presented with complaints of এই অসুখবিধাবোৰ উপস্থাপন কৰা ৰোগী					
Name of Investigations/tests prescribed পৰামৰ্শিত অনুসন্ধান/পৰীক্ষাৰ নাম					
Dates on which the tests were done and the results কোনটো পৰীক্ষা কেতিয়া কৰা হৈছিল তাৰ তাৰিখসমূহ আৰু তাৰ ফলাফল					
Name and address of the laboratory where the tests were done পৰীক্ষাসমূহ কৰা পৰীক্ষাগাৰৰ নাম আৰু ঠিকনা					
Treatment / Medication given প্ৰদান কৰা চিকিৎসা/ওষধ					

### Declaration / স্বীকাৰ-পত্ৰ

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:  
ওপৰত উল্লেখ কৰা সকলো বিবৃতি শুদ্ধ আৰু মোৰ স্বজ্ঞানেৰে সম্পূৰ্ণ কৰা হৈছে আৰু মোৰ/চিকিৎসালয়/ক্লিনিকত উল্লেখ থকা ৰেকৰ্ড অনুসৰি বিশ্বাসযোগ্য:

Name of the Doctor ডাক্তৰৰ নাম	Signature of the Doctor ডাক্তৰৰ স্বাক্ষৰ	Doctor/Hospital seal ডাক্তৰ/চিকিৎসালয়ৰ ছীল
Qualification of the Doctor ডাক্তৰৰ অৰ্হতা		
Regd. no. of the Doctor ডাক্তৰৰ পঞ্জীয়ন নম্বৰ		
Contact no. of the Doctor ডাক্তৰৰ যোগাযোগ নম্বৰ		
Email id of the Doctor ডাক্তৰৰ ইমেইল আইডি		
Date তাৰিখ		

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

পি.এন.বি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্সুৰেঞ্চ কোম্পানী লিমিটেড,

ৰেজিষ্টাৰ্ড কাৰ্যালয়: ইউনিট নং. 701, 702 আৰু 703, সপ্তম মহলা, ওৱেষ্ট উইং, ৰাহেজা টাৱাৰ্ছ, 26/27 এমজি ৰ'ড, বেঙ্গালোৰ-560001, কৰ্ণাটক। ভাৰতৰ আইআৰিডিএ পঞ্জীয়ন নম্বৰ 117,  
CI No. U66010KA2001PLC028883, আমাক বিনামূলীয়া কল কৰক- 1-800-425-6969, ওেবচাইট: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ইমেইল: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) অথবা 1ম মহলা,  
টেকনিপ্লেক্স-1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, অফ ভীৰ চাভাকাৰ ফ্লাইওভাৰ, গ'ৰেগাঁও (পশ্চিম), মুম্বাই-400062, ফ'ন: +91-22-41790000, ফেক্স: +91-22-41790203