

Doctor's Certificate (For Death Claims)

Personal Details

ডাক্তারের সার্টিফিকেট (ডেথ ক্লেইমের জন্য)

ব্যক্তিগত বিবরণ

Name of the deceased patient: _____

মৃত 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: _____

Death Details / মৃত্যুর বিবরণ

Outpatient/In-patient No: _____ Date of death:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Time of death: _____

বহির্বিভাগের/আন্তঃবিভাগের রোগীর নম্বর: _____ মৃত্যুর তারিখ: _____ মৃত্যুর সময়: _____

Place of Death: Home Hospital Office Other (please Specify Others / Hospital name and address)

মৃত্যুর স্থান: বাড়ি হাসপাতাল অফিস অন্যান্য (অনুগ্রহ করে অন্যান্য/হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করুন)

Cause of Death: _____

মৃত্যুর কারণ: _____

Nature of Illness & Habits / অসুস্থতা এবং অভ্যাসের ধরন

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension
উচ্চ রক্তচাপ | <input type="checkbox"/> Diabetes
ডায়াবেটিস | <input type="checkbox"/> Lungs Disease
ফুসফুসের রোগ | <input type="checkbox"/> Heart related ailments
হৃদরোগ | <input type="checkbox"/> Malignancy
ম্যালিগনেন্সি | <input type="checkbox"/> Kidney disease
কিডনি রোগ |
| <input type="checkbox"/> Liver disease
লিভারের রোগ | <input type="checkbox"/> Others (Pls specify) _____
অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) | | | | |

Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list

দৃষ্টব্য: অনুগ্রহ করে, উপরের তালিকার নির্দিষ্ট অসুস্থতার জন্য উপলব্ধ অতিরিক্ত ডাক্তারের সার্টিফিকেট পূরণ করুন।

- | | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Smoking
ধূমপান | <input type="checkbox"/> Alcohol
মদ্যপান | <input type="checkbox"/> Tobacco
তামাক | <input type="checkbox"/> Drugs if yes, duration of consumption _____
মাদক হ্যাঁ হলে, সেবনের সময়কাল
সেবনের পরিমাণ | Quantity consumed _____ |
|--|---|---|---|-------------------------|

Date of First Consultation/diagnosis: _____ Information to the Patient _____

প্রথম পরামর্শ/রোগ নির্ণয়ের তারিখ: _____ রোগীকে প্রদান করা তথ্য _____

Diagnosis & Treatment / রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____

উপসর্গ/অসুস্থতা/রোগের সময়কাল: _____

Which investigations / tests were performed: _____

কী কী অসুস্থতা/পরীক্ষা করা হয়েছে: _____

Interval between onset and death: _____ Years _____ Months _____ Days

রোগের সূত্রপাত এবং মৃত্যুর মধ্যে ব্যবধান: _____ বছর _____ মাস _____ দিন

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: _____

পূর্ববর্তী অবস্থা সম্পর্কিত বা মৃত্যুর সঙ্গে সম্পর্কিত নয়: _____

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 ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি 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 সর্ভারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোবর্গাও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062.

ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স: +91-22-41790203

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) _____

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

If death was due to unnatural reasons, please specify and provide death summary: _____

যদি মৃত্যু অস্বাভাবিক কারণে হয় তাহলে অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন এবং মৃত্যুর সারাংশ প্রদান করুন: _____

Inquest held: Yes No Autopsy / Postmortem done: Yes No

আইনগত অনুসন্ধান শুরু হওয়ার তারিখ: হ্যাঁ
অটোপসি/পোস্টমর্টেম সম্পন্ন হয়েছে: না
হ্যাঁ না

Was the deceased referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: _____

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

Medical History / চিকিৎসা ইতিহাস

Have you ever treated the deceased during last 5 years? Yes No If Yes;

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					
What were the symptoms/ illness/disease উপসর্গ/অসুস্থতা/রোগ কী ছিল					
Patient having this complaint since রোগীর এই অসুখ হয়েছে					
Name of the tests advised by you আপনাকে যেসব পরীক্ষা করার পরামর্শ দেওয়া হয়েছে					
Dates on which the tests were done and the results যে তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে তার ফলাফল					
Name and address of the laboratory where the tests were done যে ল্যাবরেটরিতে পরীক্ষা করা হয়েছে তার নাম ও ঠিকানা					
Diagnosis made and informed to the patient রোগ নির্ণয় করে যখন রোগীকে জানানো হয়					
Treatment / Medication given by you আপনাকে প্রদত্ত চিকিৎসা/ওষুধ					

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 ডাক্তারের নিবন্ধিত সংখ্যা		
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

পিএনবি মেটলাইফ ইন্ডিয়া ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড

রেজিস্টার্ড অফিস: ইউনিট নং 701, 702 & 703, 7ম তলা, ওয়েস্ট উইং, রাহেজা টাওয়ার, 26/27 এম জি রোড, ব্যঙ্গালোর - 560001, কর্ণাটক। ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি 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 পার্থক্য এখানে 1ম তলা, টেকনিপ্লেক্স -1, টেকনিপ্লেক্স কমপ্লেক্স, বীর সারকার ফ্লাইওভারের বিপরীতে, গোবর্গাঁও (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400062. ফোন: +91-22-41790000, ফ্যাক্স:

+91-22-41790203