

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ଗୁରୁତର ରୋଗ କ୍ଲେମ୍‌ଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ)

Personal Details/ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସବିଶେଷ ସୂଚନା

Name of the patient: _____
ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ:

Father / Spouse's Name: _____
ପିତା /ପତ୍ନୀ ବା ପତ୍ନୀଙ୍କ ନାମ:

Age:/ବୟସ: _____ Gender:/ଲିଙ୍ଗ: Male/ପୁରୁଷ Female/ମହିଳା

Address:/ଠିକଣା: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
ସହର ରାଜ୍ୟ ଦେଶ ପିନ୍ କୋଡ୍:

Hospital Details/ଡାକ୍ତରଖାନା ସବିଶେଷ ସୂଚନା

Outpatient/In-patient No: _____ (If In Patient) From _____ to _____
ବାହ୍ୟରୋଗୀ/ଅନ୍ତଃରୋଗୀ ନମ୍ବର: (ଯଦି ଅନ୍ତଃରୋଗୀ ହୋଇଥାନ୍ତି) ଠାରୁ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ

Hospital Name: _____
ଡାକ୍ତରଖାନା ନାମ:

Name of Critical Illness (As per the product)/ ଗୁରୁତର ରୋଗର ନାମ (ଉତ୍ପାଦ ଅନୁଯାୟୀ)

<input type="checkbox"/> Heart Attack ହୃଦ୍‌ଘାତ	<input type="checkbox"/> Cancer କର୍କଟ	<input type="checkbox"/> Coma କୋମା	<input type="checkbox"/> Angioplasty ଆଞ୍ଜିଓପ୍ଲାଷ୍ଟି	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy କାର୍ଡିଓମାୟୋପାଥୀ	<input type="checkbox"/> Paralysis ପକ୍ଷାଘାତ	<input type="checkbox"/> Deafness ବଧୂରତା
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ଆଓର୍ଟା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ମଲ୍ଟିପୁଲ୍ ସ୍କ୍ଲେରୋସିସ୍	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ବାକ୍‌ଶକ୍ତି ହାନି	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ଆଲଜାଇମରସ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ଅଙ୍ଗ ହାନି		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ସିଏବିଜି (କରୋନାରୀ ଆର୍ଟେରୀ ବାଇପାସ୍ ସର୍ଜରୀ)	<input type="checkbox"/> Apallic Syndrome ଆପାଲିକ୍ ସିଣ୍ଡ୍ରୋମ୍	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumor ବିନାଇଜନ୍ ବ୍ରେନ୍ ଟ୍ୟୁମର	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Disease ଶେଷ ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଯକୃତ ରୋଗ			
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma ଗୁରୁତର ମୁଣ୍ଡ ଆଘାତ	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia ଆପ୍ଲାଷ୍ଟିକ୍ ଆନେମିଆ	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease ପାର୍କିନସନ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ପ୍ରାଥମିକ ପଲମୋନାରୀ ହାଇପରଟେନସନ୍			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ମୋଟର ନ୍ୟୁରନ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure କିଡ୍‌ନି ବିଫଳତା	<input type="checkbox"/> Major Burns ଗୁରୁତର ପୋଡା	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ବହୁକାଳ ଛାୟା ପୁସ୍‌ପୁସ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Stroke ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍	<input type="checkbox"/> Blindness ଅନ୍ଧତା	
<input type="checkbox"/> Brain Surgery ମସ୍ତିଷ୍କ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର	<input type="checkbox"/> Major Organ Transplant ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ ପ୍ରତିରୋପଣ	<input type="checkbox"/> Heart Valve Surgery ହୃଦ୍‌ପିଣ୍ଡ ଭାଲ୍ଭ୍ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର	<input type="checkbox"/> SLE with Lupus Nephritis ଲ୍ୟୁପସ୍ ନେଫ୍ରାଇଟିସ୍ ସହିତ ଏସଏଲ୍‌ଇ	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ପୋଲିଓମାୟୋଇଟିସ୍		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ମାସ୍‌କ୍ୟୁଲରୀ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କ୍ଷୟ	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ମେଡୁଲାରୀ ସିଷ୍ଟିକ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଅବସ୍ଥିତିର ହାନି ବା ଲଭ୍ ଅଫ୍ ଇଣ୍ଡିପେଣ୍ଡେଣ୍ଟ ଏକ୍ସିଷ୍ଟେନ୍ସ	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ମାରାତ୍ମକ ଅସୁସ୍ଥତା			

Nature of Habits/ଅଭ୍ୟାସଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରକୃତି

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____
ଧୂମପାନ ଆଲକହଲ ତମାଖୁ ନିଶା ଔଷଧ ଯଦି ହଁ, ସେବନର ଅବଧି

Quantity consumed _____ Others (Please Specify) _____
ସେବନ କରାଯାଇଥିବା ପରିମାଣ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)

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

ପିଏବିଏଲି ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍
ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନମ୍ବର 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍‌ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର -560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ଆଇଆର୍ଡିଏ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117 । ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969 ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖି 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ-1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ବୀର ସଭରକର୍ ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 । ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

Diagnosis & Treatment/ନିଦାନ ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା

Date of First Consultation/diagnosis: _____

ପ୍ରଥମ ପରାମର୍ଶ/ନିଦାନ ତାରିଖ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____

ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ / ଅସୁସ୍ଥତା / ରୋଗ କଣ ଥିଲା? _____

Which investigations / tests were performed: _____

କେଉଁ ଅନୁସନ୍ଧାନ / ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ କରାଯାଇଥିଲା: _____

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____

ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ / ଅସୁସ୍ଥତା / ରୋଗର ଅବଧି: _____

Diagnosis made and Informed to the patient: _____

ନିଦାନ ବା ତାଏଲୋସିସ୍ କରାଯାଇଥିଲା ଏବଂ ରୋଗୀଙ୍କୁ ଜଣାଇ ଦିଆଯାଇଥିଲା _____

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

ରୋଗ ଆରମ୍ଭ ହେବା ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ମଧ୍ୟରେ ଅନ୍ତରାଳ: _____

ବର୍ଷ

ମାସ

ଦିନ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the illness:/ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଅବଦାନ ଦେଉଥିବା ପୂର୍ବବର୍ତ୍ତୀ ଅବସ୍ଥାଗୁଡ଼ିକ କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା ସମ୍ପର୍କିତ ନୁହେଁ: _____

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

ରୋଗୀ ଜଣକ ଆପଣଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ଡାକ୍ତର / ଡାକ୍ତରଖାନା ସହ ପରାମର୍ଶ କରିଥିବା ବିଷୟରେ ଆପଣ ଅବଗତ କି? (ଯଦି ହଁ, ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା) ହଁ ନା

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

ରୋଗୀ ଜଣକ ଅନ୍ୟ କେହି ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କ ନିକଟକୁ ସୁପାରିଷ୍ଟ କରାଯାଇଥିଲେ କି? ଯଦି "ହଁ" ଦିଆକରି ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: ହଁ ନା

Medical History/ଡାକ୍ତରୀ ଇତିହାସ

Have you ever treated the deceased during last 5 years, prior to final illness? Yes No If Yes; Yes No If Yes; Yes No If Yes; Yes No If Yes;

ଅନ୍ତିମ ଅସୁସ୍ଥତା ପୂର୍ବରୁ, ଆପଣ ଗତ 5 ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ କେବେ ମୃତକଙ୍କୁ ଚିକିତ୍ସା କରିଥିଲେ କି? ହଁ ନା ଯଦି ହଁ: _____

Details of consultation in last 5 years ଗତ 5 ବର୍ଷରେ ପରାମର୍ଶ ବା କନସଲ୍‌ଟେସନ୍‌ର ସବିଶେଷ ସୂଚନା	1	2	3	4	5
Date of consultation ପରାମର୍ଶ ତାରିଖ					
Patient presented with complaints of ରୋଗୀ ଏହି ରୋଗ ଅଭିଯୋଗ ସହିତ ଆସିଛନ୍ତି					
Name of Investigations/tests prescribed ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଥିବା ଅନୁସନ୍ଧାନ/ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକର ନାମ					
Dates on which the tests were done and the results ଯେଉଁ ତାରିଖଗୁଡ଼ିକରେ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ କରାଯାଇଥିଲା ଏବଂ ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ					
Name and address of the laboratory where the tests were done ପରୀକ୍ଷାଗାର ବା ଲାବରେଟୋରୀର ନାମ ଓ ଠିକଣା ଯେଉଁଠାରେ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ କରାଯାଇଥିଲା					
Treatment / Medication given ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା / ଔଷଧ					

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

ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନମ୍ବର 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ -560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ଆଇଆର୍ଡିଏ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117 । ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969 ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ-1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବର୍କାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 । ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

Declaration/ଘୋଷଣା

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:

ଉପରୋକ୍ତ ବକ୍ତବ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମୋର ସର୍ବୋତ୍ତମ ଜ୍ଞାନ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୋ/ଡାକ୍ତରଖାନା/କ୍ଲିନିକ୍ ଦ୍ୱାରା ବଜାୟ ରଖାଯାଇଥିବା ଦଲିଲ ବା ରେକର୍ଡଗୁଡ଼ିକ ଅନୁସାରେ ଅଟେ ।

Name of the Doctor ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ		Signature of the Doctor ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ	Doctor/Hospital seal ଡାକ୍ତର / ଡାକ୍ତରଖାନା ମୋହର
Qualification of the Doctor ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଶିକ୍ଷାଗତ ଯୋଗ୍ୟତା			
Regd. no. of the Doctor ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପଞ୍ଜିକୃତ ନମ୍ବର			
Contact no. of the Doctor ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର			
Email id of the Doctor ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି			
Date ତାରିଖ			

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

ପିଏନ୍‌ବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନମ୍ବର 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱାର୍ସ, 26/27 ଏମ୍‌ଜି ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ -560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ । ଭାରତୀୟ ଆଇଆର୍ଡିଏ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117 । ସିଆଇ ନଂ. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969 ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖକ୍ତୁ 1ମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ-1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବର୍କାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ – 400062 । ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203