

Doctor's Certificate (For Critical Illness Claims)

Personal Details

ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ଗୁରୁତର ରୋଗ କ୍ରେମ୍‌ସିଡିକ ପାଇ)

ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସବିଶେଷ ସୂଚନା

Name of the patient: _____
 ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ: _____

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

Age: / _____ Gender: Male Female
 ବୟସ: _____ ଲିଙ୍ଗ : ପୁରୁଷ 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 (ଉପାଦାନ 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 ବଧିରତା
<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta ଆଓର୍ଟା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis ମଲ୍ଟିପଲ୍ ସ୍କ୍ଲେରୋସିସ୍	<input type="checkbox"/> Loss of Speech ବାକ୍ସି ହାନି	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease ଆଲଜାଇମର ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Loss of Limbs ଅଙ୍ଗ ହାନି		
<input type="checkbox"/> CABG (Coronary Artery Bypass Surgery) ସିଏବିଜି (କରୋନାରୀ ଆଟେରୀ 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 ପାର୍କିନ୍ସନ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Hypertension ପ୍ରାଥମିକ ପଲମୋନାରୀ ହାଇପରଟେନ୍ସନ୍			
<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease ମୋଟର ନ୍ୟୁରନ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Kidney Failure କିଡ୍ନି ବନ୍ଦ	<input type="checkbox"/> Major Burns ମେଜର ବର୍ନସ୍	<input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease ବହୁକାଳ ଶ୍ୱାସୀ 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 ଏସ୍‌ଏଲ୍‌ଏସ୍	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis ପୋଲିଓମାଲ୍‌ଲାଲିଟିସ୍		
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy ମ୍ୟୁସ୍କୁଲାର୍ ଡିସ୍‌ଟ୍ରଫି	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease ମେଡୁଲାର୍ ସିଷ୍ଟିକ୍ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଅବସ୍ଥାରେ ଥିବା ବା ଲଭି ଥିବା ଉପସ୍ଥିତିରୁ ବଞ୍ଚିଯିବା	<input type="checkbox"/> Terminal Illness ମାରାତ୍ମକ ଅସୁସ୍ଥତା			

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

ଟିପ୍ପଣୀ: ଦୟାକରି ପକ୍ଷାଘାତ, ପାର୍କିନ୍ସନ୍ ରୋଗ, ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍, ମସ୍ତିଷ୍କାଘାତ, ଡିସ୍‌ଟ୍ରଫି, ମେଜର ହେଡ୍ ଟ୍ରାମା ଏବଂ ଆଲଜାଇମରସ୍ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଏବଂ ଆଲଜାଇମରସ୍ ରୋଗ, ବଧିରତା, ମଲ୍ଟିପଲ୍ ସ୍କ୍ଲେରୋସିସ୍, ବାକ୍ ହାନି, ଅଙ୍ଗ ହାନି, ମୋଟର ନ୍ୟୁରୋନ୍ ଡିଜିଜ୍, ବ୍ଲାଇଣ୍ଡନେସ୍, ବୈନିକ୍ ନିର୍ଭରତା କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ କରିବାକୁ ଅସମର୍ଥ ହେବା ପାଇଁ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ

Nature of Habits / ଅଭ୍ୟାସଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରକୃତି

Smoking
ଧୂମପାନ

Alcohol
ଆଲକହଲ

Tobacco
ତମାଖୁ

Drugs if yes, duration of consumption _____
 ନିଶା ଔଷଧ ଯଦି ହ, ସେବନର ଅବଧି _____

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

Diagnosis & Treatment / ନିଦାନ ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା

Date of First Consultation/diagnosis: _____
 ପ୍ରଥମ ପରାମର୍ଶ/ନିଦାନ ତାରିଖ: _____

What were the symptoms / illness / disease? _____

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

ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍. ଗି. ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟମାବଳୀ ଏବଂ ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ପଞ୍ଜିକୃତ ବୀମା ସଂଖ୍ୟା 117 |
 CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନି:ଖୁବ୍ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖାନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା,
 ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର୍ ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 | ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

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: _____

ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବା ଡାକ୍ତରୀୟ 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: _____

ସମ୍ପର୍କିତ କିମ୍ବା ଅବଦାନ ଦେଇଥିବା 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" ଦୟାକରି 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;

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 କନସଲ୍ଟେସନ୍ ସମ୍ବନ୍ଧରେ 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					

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 ସବୋଧୁନ ଜ୍ଞାନ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୋ/ଡାକ୍ତରଖାନା/ କ୍ଲିନିକ୍ ଦ୍ୱାରା ବଜାୟ ରଖାଯାଇ ଥିବା 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 ପଞ୍ଜୀକୃତ 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 ମେଟ୍‌ଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍
ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାଖ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର୍ - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବାମା ନିୟାମକ ଏବଂ ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117 |
CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃଶୁଳ୍କ 1-800-425-6969ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ, ୱେବସାଇଟ୍: www.pnbmetlife.com, ଇମେଲ୍: indiaservice@pnbmetlife.co.in କିମ୍ବା ଆମକୁ ଏହି ଠିକଣାରେ ଲେଖନ୍ତୁ 1ମ ମହଲା,
ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ - 1, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ଅଫ୍ ଭୀର ସାବରକାର୍ ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 | ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203