

Doctor's Certificate (For Death Claims)

Personal Details

ડૉક્ટરનું પ્રમાણપત્ર (મૃત્યુ દાવા માટે)

વ્યક્તિગત વિગતો

Name of the deceased patient: _____
મૃત દર્દીનું નામ: _____

Father / Spouse's Name _____
પિતા / જીવનસાથીનું નામ: _____

Age: _____ Gender: Male Female
ઉંમર: _____ લિંગ: પુરુષ સ્ત્રી

Address: / સરનામું: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
શહેર રાજ્ય દેશ પિન કોડ :

Death Details / મૃત્યુની વિગતો

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

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

 Time of death: _____
આઉટપેશન્ટ/ઇનપેશન્ટ નં: _____ મૃત્યુની તારીખ: _____ મૃત્યુ થયાનો સમય: _____

Place of Death: Home Hospital Office Other (please Specify Others / Hospital name and address)
મૃત્યુ સ્થળ: ઘર હોસ્પિટલ ઓફિસ અન્ય (કૃપા કરીને અન્ય / હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું નિર્દિષ્ટ કરો)

Cause of Death: _____
મૃત્યુ થવાનું કારણ: _____

Nature of Illness & Habits / માંદગીની પ્રકૃતિ અને આદતો

Hypertension (હાઈપરટેન્શન) Diabetes (ડાયાબીટીસ) Lungs Disease (ફેફસાંનો રોગ) Heart related ailments (હૃદય સંબંધિત રોગો) Malignancy (જીવલેણ માંદગી) Kidney disease (કિડનીનો રોગ)

Liver disease (લીવરનો રોગ) Others (Pls specify) _____
અન્ય (કૃપા કરીને નિર્દિષ્ટ કરો) _____

Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list
નોંધ: કૃપા કરીને ઉપરની યાદીમાંથી ચોક્કસ બિમારી માટે ઉપલબ્ધ વધારાના ડૉક્ટરના પ્રમાણપત્રને ભરો.

Smoking (ધૂમ્રપાન) Alcohol (દારૂ) Tobacco (તમાકુ) Drugs if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed _____
માદક દ્રવ્ય- જો હા હોય તો, ઉપભોગનો સમયગાળો _____ ઉપભોગ કરેલ પ્રમાણ

Date of First Consultation/diagnosis: _____ Information to the Patient _____
પ્રથમ પરામર્શ/નિદાનની તારીખ: _____ દર્દીની માહિતી _____

Diagnosis & Treatment / નિદાન અને સારવાર

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
લક્ષણો / માંદગી / રોગનો સમયગાળો: _____

Which investigations / tests were performed: _____
કયા તપાસ / પરીક્ષણો કરવામાં આવ્યા હતાં: _____

Interval between onset and death: _____ Years _____ Months _____ Days
માંદગીની શરૂઆત થવા પર અને મૃત્યુ વચ્ચેનો અંતરાલ: _____ વર્ષ _____ મહિનાં _____ દિવસ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: _____
પહેલાંની સ્થિતિઓ જે આનાથી સંબંધિત છે અથવા તેમાં સહાયક છે પરંતુ મૃત્યુના કારણથી સંબંધિત નથી: _____

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) _____
શું તમે વાકેફ છો કે મૃત વ્યક્તિએ તમારા સિવાય કોઈ અન્ય ડૉક્ટર / હોસ્પિટલથી પરામર્શ કર્યું છે? (જો ક્યું હોય તો, તેની વિગતો) _____

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

જો મૃત્યુ અકુદરની કારણોને લીધે થયું હતું, તો કૃપા કરીને નિર્દિષ્ટ કરો અને મૃત્યુનો સારાંશ આપો: _____

Inquest held: Yes No Autopsy / Postmortem done: Yes No
તપાસ થઈ હતી: હા ના ઓટોપ્સિસ / પોસ્ટમોર્ટમ થયું હતું: હા ના

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

શું મૃત વ્યક્તિ તમારી પાસે અન્ય કોઈ ડોક્ટરના સંદર્ભ દ્વારા આવ્યા હતા? જો "હા" હોય, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો: _____

Medical History / તબીબી ઇતિહાસ

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

શું તમે મૃત વ્યક્તિની છેલ્લાં 5 વર્ષમાં ક્યારેય પણ સારવાર કરી હતી? હા ના જો કરી હોય તો

Details of consultation in last 5 years છેલ્લાં 5 વર્ષમાં પરામર્શ કર્યાની વિગતો	1	2	3	4	5
Date of consultation પરામર્શની તારીખ					
What were the symptoms/ illness/disease લક્ષણો / માંદગી / રોગ શું હતો					
Patient having this complaint since દર્દીને આની ફરિયાદ આ સમયથી હતી					
Name of the tests advised by you તમારા દ્વારા સલાહ અપાયેલ પરીક્ષણોના નામ					
Dates on which the tests were done and the results પરીક્ષણો જ્યાં રે થયાં હતાં તે તારીખો અને પરિણામો					
Name and address of the laboratory where the tests were done જ્યાં પરીક્ષણો થયાં હતાં તે પ્રયોગશાળાનું નામ અને સરનામું					
Diagnosis made and informed to the patient નિદાન કરવામાં આવ્યું અને દર્દીને જાણ કરાઈ					
Treatment / Medication given by you તમારા દ્વારા આપવામાં આવેલ સારવાર / દવા					

Declaration / ઘોષણા

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:

ઉપર આપેલા વિધાનો, મારી શ્રેષ્ઠતમ જાણકારી અને માન્યતા અનુસાર અને મારા/હોસ્પિટલ/ક્લિનિક દ્વારા જાળવવામાં આવતા રેકોર્ડ્સ મુજબ સાચા અને સંપૂર્ણ છે:

Name of the Doctor ડોક્ટરનું નામ	Signature of the Doctor ડોક્ટરની સહી	Doctor/Hospital seal ડોક્ટર/હોસ્પિટલની મહોર
Qualification of the Doctor ડોક્ટરની પાત્રતા		
Regd. no. of the Doctor ડોક્ટરનો નોંધણી નં.		
Contact no. of the Doctor ડોક્ટરનો સંપર્ક નં.		
Email id of the Doctor ડોક્ટરનો ઈમેઇલ આઈડી		
Date તારીખ		

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

પીએનબી મેટ લાઇફ ઇન્ડિયા ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

રજીસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નંબર 701, 702 અને 703, સાતમો માળ, વેસ્ટ વિંગ, રાહેજા ટાવર્સ, 26/27 એમ.જી.રોડ, બેંગલોર - 560 001, કર્ણાટક. આઈઆરડીએ ઓફ ઇન્ડિયા રજીસ્ટ્રેશન નંબર 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ટોલ ફ્રી નંબર - 1-800-425-6969 ઉપર કોલ કરો, વેબ સાઈટ www.pnbmetlife.com, ઈમેઇલ: indiaservice@pnbmetlife.co.in અથવા અમને લખો - 1 લો માળ,

ટેકનીપ્લેક્સ -1, ટકનીપ્લેક્સ કોમ્પ્લેક્સ ઓફ વીર સાવરકર ફ્લાયઓવર બહાર, ગોરેગાંવ (વેસ્ટ) મુંબઈ-400062. ફોન નંબર: +91-22-41790000, ફેક્સ: +91-22-41790203