

## Doctor's Certificate (For Death Claims)

### Personal Details

## डॉक्टर का प्रमाणपत्र (मृत्यु दावों के लिए)

### व्यक्तिगत विवरण

Name of the deceased patient: \_\_\_\_\_  
मृतक मरीज़ का नाम: \_\_\_\_\_

Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
पिता/जीवनसाथी का नाम: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
आयु: \_\_\_\_\_ लिंग: पुरुष महिला

Address: / पता: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
शहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ देश \_\_\_\_\_ पिन कोड: \_\_\_\_\_

### Death Details / मृत्यु के विवरण

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ Date of death:  Time of death: \_\_\_\_\_  
आउटपैशेंट/इन-पैशेंट नं.: \_\_\_\_\_ मृत्यु की दिनांक: \_\_\_\_\_ मृत्यु का समय: \_\_\_\_\_

Place of Death:  Home  Hospital  Office  Other (please Specify Others / Hospital name and address)  
मृत्यु का स्थान: घर अस्पताल कार्यालय अन्य (कृपया अन्य को निर्दिष्ट करें / अस्पताल का नाम और पता)

Cause of Death: \_\_\_\_\_  
मृत्यु का कारण: \_\_\_\_\_

### Nature of Illness & Habits / बीमारी की प्रकृति और स्वभाव

Hypertension उच्च-रक्तचाप  Diabetes मधुमेह  Lungs Disease फेफड़ों की बीमारी  Heart related ailments हृदय संबंधी बीमारियाँ  Malignancy मेलिग्नैसी  Kidney disease किडनी की बीमारी

Liver disease लिवर की बीमारी  Others (Pls specify) \_\_\_\_\_  
अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) \_\_\_\_\_

**Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list**  
**नोट: कृपया उपरोक्त सूची में से विशिष्ट रोग के लिए उपलब्ध अतिरिक्त चिकित्सक का प्रमाणपत्र भरें।**

Smoking धूम्रपान  Alcohol अल्कोहल  Tobacco तंबाकू  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity consumed  
नशीली दवाएँ, यदि हाँ, तो उपभोग की अवधि \_\_\_\_\_ उपभोग की मात्रा

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_ Information to the Patient \_\_\_\_\_  
पहली बार परामर्श लेने/निदान की दिनांक: \_\_\_\_\_ मरीज़ को सूचना \_\_\_\_\_

### Diagnosis & Treatment / निदान और उपचार

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
लक्षणों/बीमारी/रोग की अवधि: \_\_\_\_\_

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
कौन सी जांचें/परीक्षण किए गए: \_\_\_\_\_

Interval between onset and death: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
शुरू होने और मृत्यु के बीच का अंतराल: \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_ माह \_\_\_\_\_ दिन

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: \_\_\_\_\_  
पूर्ववर्ती स्थितियां जो संबंधित या बढ़ाने वाली हों लेकिन मृत्यु के कारण से संबंधित नहीं हों: \_\_\_\_\_

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) \_\_\_\_\_  
क्या आपको यह जानकारी है कि मृत व्यक्ति ने आपको छोड़कर किसी अन्य डॉक्टर/ अस्पताल से परामर्श लिया था? (यदि हाँ, तो उसके विवरण) \_\_\_\_\_

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

यदि मृत्यु अस्वाभाविक कारणों से हुई है, तो कृपया मृत्यु के कारण का सारांश निर्दिष्ट तथा प्रदान करें: \_\_\_\_\_

Inquest held:  Yes  No Autopsy / Postmortem done:  Yes  No  
की गई जांच-पड़ताल:  हाँ  नहीं की गई ऑटोप्सी/पोस्टमार्टम:  हाँ  नहीं

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

क्या मृत व्यक्ति को किसी अन्य डॉक्टर द्वारा आपको संदर्भित किया गया था? यदि "हाँ" तो कृपया विवरण प्रदान करें: \_\_\_\_\_

### Medical History / चिकित्सा इतिहास

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

क्या आपने पिछले 5 वर्षों के दौरान मृत व्यक्ति का उपचार किया था?  हाँ  नहीं यदि हाँ,

Details of consultation in last 5 years तो पिछले 5 वर्षों में परामर्श के विवरण प्रदान करें	1	2	3	4	5
Date of consultation परामर्श का दिनांक					
What were the symptoms/ illness/disease लक्षण/बीमारी/रोग क्या थे					
Patient having this complaint since मरीज़ को यह शिकायत कब से थी					
Name of the tests advised by you आपके द्वारा सुझाए गए परीक्षणों का नाम					
Dates on which the tests were done and the results वे दिनांक जिन पर परीक्षण और परिणाम प्राप्त किए गए					
Name and address of the laboratory where the tests were done उस लेबोरेटरी का नाम और पता जहां परीक्षण किए गए					
Diagnosis made and informed to the patient मरीज़ में किया गया निदान और दी गई सूचना					
Treatment / Medication given by you आपके द्वारा किया गया उपचार/दी गई दवा					

### Declaration / घोषणा

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:

उपरोक्त कथन मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार और मेरे/अस्पताल/क्लिनिक द्वारा बनाए रखे गए रिकॉर्ड के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं:

Name of the Doctor डॉक्टर का नाम	Signature of the Doctor डॉक्टर के हस्ताक्षर	Doctor/Hospital seal डॉक्टर/अस्पताल की सील
Qualification of the Doctor डॉक्टर की योग्यता		
Regd. no. of the Doctor डॉक्टर का रजिस्ट्रेशन नंबर		
Contact no. of the Doctor डॉक्टर का संपर्क नंबर		
Email id of the Doctor डॉक्टर का ईमेल आईडी		
Date दिनांक		

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

पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इन्शोरेंस कम्पनी लिमिटेड,

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट संख्या 701, 702 तथा 703, सातवां तल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम जी रोड, बंगलौर - 560001, कर्नाटक भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण पंजीकरण संख्या 117

CI No. U66010KA2001PLC028883, टोल फ्री नम्बर 1-800-425-6969, वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) अथवा - पत्राचार पता प्रथम तल,

टैक्नीप्लेक्स - 1, टैक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लाईओवर के निकट, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई - 400062, फोन नम्बर: +91-22-41790000, फैक्स: +91-22-41790203