

Doctor's Certificate (For Death Claims)

Personal Details

ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് മരണാനന്തര ആനുകൂല്യ ക്ലെയിമുകൾക്ക്
വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ

Name of the deceased patient: _____
മരിച്ച രോഗിയുടെ പേര്: _____
Father / Spouse's Name _____
പിതാവിൻറെ / ജീവിത പങ്കാളിയുടെ പേര് : _____
Age: _____ Gender: Male Female
വയസ്സ്: _____ ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ
Address: / വിലാസം: _____
City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
നഗരം _____ സംസ്ഥാനം _____ രാജ്യം _____ പിൻ കോഡ്: _____

Death Details / മരണത്തിൻറെ വിവരങ്ങൾ

Outpatient/In-patient No: _____ Date of death: [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y] Time of death: _____
ഔട്ട് പേഷ്യന്റ് / ഇൻ-പേഷ്യന്റ് നമ്പർ: _____ മരണം സംഭവിച്ച തീയതി: _____ മരിച്ച സമയം: _____
Place of Death: Home Hospital Office Other (please Specify Others / Hospital name and address)
മരണം സംഭവിച്ച സ്ഥലം: വീട് ആശുപത്രി ഓഫീസ് മറ്റുള്ളവ (മറ്റുള്ളവ വ്യക്തമാക്കുക / ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും)
Cause of Death: _____
മരണ കാരണം: _____

Nature of Illness & Habits / രോഗത്തിൻറെ സ്വഭാവവും ശീലങ്ങളും

Hypertension Diabetes Lungs Disease Heart related ailments Malignancy Kidney disease
രക്താതിസമ്മർദ്ദം പ്ലമോം ശ്വാസകോശ രോഗം ഹൃദയസംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ മാതൃക രോഗം വൃക്കരോഗം
 Liver disease Others (Pls specify) _____
കരൾ രോഗം മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) _____
Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list
ശ്രദ്ധിക്കുക: മുകളിലെ പരാമർശിക്കുന്ന ലിസ്റ്റിൽ നിന്ന് പുരോഗമിച്ച രോഗത്തിന് ലഭ്യമായ അഡിഷണൽ ഡോക്ടേഴ്സ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ദയവായി പൂരിപ്പിക്കുക
 Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed _____
പുകവലി മദ്യപാനം പുകയില ഉപയോഗിച്ചിട്ടുള്ളവയുടെ ദൈർഘ്യം അത് എത്ര കാലം _____
ഉപയോഗിച്ചതിൻറെ അളവ് _____

Date of First Consultation/diagnosis: _____ Information to the Patient _____
ആദ്യം കൂടിക്കാഴ്ച/രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ തീയതി: _____ രോഗികൾക്കുള്ള വിവരങ്ങൾ _____

Diagnosis & Treatment / രോഗനിർണ്ണയവും ചികിത്സയും

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
രോഗലക്ഷണത്തിൻറെ / രോഗാവസ്ഥയുടെ / രോഗത്തിൻറെ കാലയളവ്: _____
Which investigations / tests were performed: _____
ഏതൊക്കെ അന്വേഷണങ്ങൾ/പരിശോധനകളാണ് നടത്തിയത്: _____
Interval between onset and death: _____ Years _____ Months _____ Days
അസുഖം ആരംഭിച്ചത് മുതൽ മരണം സംഭവിച്ചത് വരെയുള്ള ഇടവേള: _____ വർഷം _____ മാസം _____ ദിവസം
Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: _____
മരണ കാരണവുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെട്ടതല്ലാത്തതെങ്കിലും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മുൻപണ്ടായതോ അതിലേക്ക് നയിച്ചതോ ആയ ശാരീരികവ്യതിയാനങ്ങൾ: _____
Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) _____
മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തി നിങ്ങളല്ലാതെ മറ്റെതെങ്കിലും ഡോക്ടറുടെ / ആശുപത്രിയുടെ സേവനം തേടിയിരുന്നോ എന്ന് കാര്യം നിങ്ങൾക്ക് അറിയാമോ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ, അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ)

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

അസാധാരണമായ കാരണങ്ങളാലാണ് മരണം സംഭവിച്ചിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ, അക്കാദ്യം വ്യക്തമാക്കി അതിന്റെ സംഗ്രഹം നൽകുക: _____

Inquest held: Yes No Autopsy / Postmortem done: Yes No
 ഇൻക്വസ്റ്റ് നടത്തിയോ: നീക്കം ഇല്ല ഓട്‌ടോപ്പ് സി / പോസ്റ്റ് മോർട്ടം ചെയ്ത തോ: നടത്തി ഇല്ല

Was the deceased referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: _____
 മരിച്ച വ്യക്തിയെ നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടർ റഫർ ചെയ്തതാണോ? "ആണെങ്കിൽ" വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

Medical History / മെഡിക്കൽ ചരിത്രം

Have you ever treated the deceased during last 5 years ? Yes No If Yes; _____
 കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിനിടെ എപ്പോഴെങ്കിലും നിങ്ങൾ മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ ചികിത്സിച്ചിട്ടുണ്ടോ? നടത്തി ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ _____

Details of consultation in last 5 years കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിൽ പരിശോധനയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	1	2	3	4	5
Date of consultation കൂടിക്കാഴ്ച ചെയ്ത തീയതി					
What were the symptoms/ illness/disease ലക്ഷണങ്ങൾ / അസുഖങ്ങൾ/രോഗാവസ്ഥ എന്തൊക്കെയാണ്					
Patient having this complaint since രോഗിയ്ക്ക് എപ്പോൾ മുതലാണ് ഈ അസുഖം ഉണ്ടായിരുന്നത്					
Name of the tests advised by you നിങ്ങൾ നിർദ്ദേശിച്ച പരിശോധനകളുടെ പേര്					
Dates on which the tests were done and the results പരിശോധനകൾ നടത്തിയ തീയതി \ സ്ഥലം, അതിന്റെ ഫലങ്ങൾ					
Name and address of the laboratory where the tests were done പരിശോധനകൾ നടത്തിയ ലബോറട്ടറിയുടെ പേരും വിലാസവും					
Diagnosis made and informed to the patient രോഗ നിർണ്ണയം നടത്തി രോഗിയെ അറിയിച്ചത്					
Treatment / Medication given by you നിങ്ങൾ നൽകിയ ചികിത്സ / മെഡിക്കേഷൻ					

Declaration / പ്രഖ്യാപനം

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:
 ഞാൻ/ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്ക് നിലനിർത്തിപ്പോരുന്ന രേഖകൾ അനുസരിച്ച്, മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണ്:

Name of the Doctor ഡോക്ടറുടെ പേര്	Signature of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്	Doctor/Hospital seal ഡോക്ടറുടെ/ ആശുപത്രിയുടെ സീൽ
Qualification of the Doctor ഡോക്ടറുടെ യോഗ്യത		
Regd. no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ രജിസ്റ്ററേഷൻ നമ്പർ		
Contact no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ		
Email id of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഇമെയിൽ ഐഡി		
Date തീയതി		

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
 പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
 രജിസ്റ്ററേഷൻ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടോവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ.
 ഇന്ത്യ രജിസ്റ്ററേഷൻ നമ്പർ 117. CI നമ്പർ. U66010220010028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക, വെബ് സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഈ വിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക് നിപ്ലക്സ് -1, ടെക് നിപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സവർക്കർ ഫ്ലൈഓവറിന് സമീപം, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ -400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203