

## Doctor's Certificate (For Death Claims)

### Personal Details

## डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र (डेथ क्लेमसाठी)

### वैयक्तिक तपशील

Name of the deceased patient: \_\_\_\_\_  
मृत रुग्णाचे नाव: \_\_\_\_\_

Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
वडील / जोडीदाराचे नाव: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
वय: \_\_\_\_\_ लिंग: पुरुष स्त्री

Address: / पत्ता: \_\_\_\_\_

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

### Death Details / मृत्यूचा तपशील

Outpatient/In-patient No: \_\_\_\_\_ Date of death: 

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

 Time of death: \_\_\_\_\_  
आउट रुग्ण/ इन रुग्ण न: \_\_\_\_\_ मृत्यूची तारीख: \_\_\_\_\_ मृत्यूची वेळ: \_\_\_\_\_

Place of Death:  Home  Hospital  Office  Other (please Specify Others / Hospital name and address)  
मृत्यूचे ठिकाण: घर रुग्णालय कार्यालय इतर (कृपया इतर निर्देशित करा/ रुग्णालयाचे नाव आणि पत्ता)

Cause of Death: \_\_\_\_\_  
मृत्यूचे कारण: \_\_\_\_\_

### Nature of Illness & Habits / आजार आणि सवयींचे स्वरूप

Hypertension हायपरटेशन  Diabetes मधुमेह  Lungs Disease फुफ्फुसांचा आजार  Heart related ailments हृदयाशी संबंधित आजार  Malignancy मॅलिग्रन्सी  Kidney disease किडनीचा आजार

Liver disease यकृताचे आजार  Others (Pls specify) इतर (कृपया निदिष्ट करा) \_\_\_\_\_

**Note:** Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list  
**टीप:** कृपया वरील यादीमधून विशिष्ट आजारासाठी उपलब्ध असलेले डॉक्टरांचे अतिरिक्त प्रमाणपत्र भरा

Smoking धूम्रपान  Alcohol अल्कोहोल  Tobacco तंबाखू  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity consumed  
औषधे होय असल्यास, सेवन केल्याचा कालावधी \_\_\_\_\_ सेवन करण्याचे प्रमाण

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_ Information to the Patient \_\_\_\_\_  
प्रथम सल्ला / निदानाची तारीख: \_\_\_\_\_ रुग्णाची माहिती \_\_\_\_\_

### Diagnosis & Treatment / निदान आणि उपचार

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
लक्षणे / आजार / रोगाचा कालावधी: \_\_\_\_\_

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
कोणत्या तपासण्या / चाचण्या करण्यात आल्या: \_\_\_\_\_

Interval between onset and death: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
रोग होणे आणि मृत्यू यामधील कालावधी \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_ महिने \_\_\_\_\_ दिवस

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: \_\_\_\_\_  
मृत्यूचा कारणाशी संबंधित पूर्वकालीन परिस्थिती किंवा त्यासाठी कारणीभूत ठरलेल्या परंतु संबंधित नसलेल्या परिस्थिती: \_\_\_\_\_

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) \_\_\_\_\_  
मृताने तुमच्याशिवाय इतर कोणत्या डॉक्टरचे मार्गदर्शन घेतल्याचे तुम्हाला माहित आहे का? (जर होय असल्यास, त्याचा तपशील) \_\_\_\_\_

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

मृत्यू अनैसर्गिक कारणांमुळे झालेला असल्यास, कृपया निर्दिष्ट करा आणि मृत्यूचा सारांश प्रदान करा: \_\_\_\_\_

Inquest held:  Yes  No Autopsy / Postmortem done:  Yes  No  
चौकशी केली: होय नाही शवविच्छेदन/ मरणोत्तर तपासणी केली: होय नाही

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

मृताने तुम्हाला इतर कोणत्या डॉक्टरचा संदर्भ दिला होता का? जर "होय" असल्यास कृपया तपशील द्या: \_\_\_\_\_

### Medical History / वैद्यकीय इतिहास

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

तुम्ही मागील 5 वर्षांमध्ये कधी मृतकाचे उपचार केले आहेत का? होय नाही होय असल्यास

| Details of consultation in last 5 years<br>मागील 5 वर्षांत सल्लामसलतीचा तपशील                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Date of consultation<br>सल्लामसलतीची तारीख                                                                            |   |   |   |   |   |
| What were the symptoms/ illness/disease<br>लक्षणे / आजार / रोग काय होते                                               |   |   |   |   |   |
| Patient having this complaint since<br>रुग्णाला यावेळेपासून ही तक्रार होती                                            |   |   |   |   |   |
| Name of the tests advised by you<br>तुम्ही सल्ला दिलेल्या चाचण्यांची नावे                                             |   |   |   |   |   |
| Dates on which the tests were done and the results<br>कोणती चाचणी/ केव्हा झाली आणि त्याच्या परिणामांच्या तारखा        |   |   |   |   |   |
| Name and address of the laboratory where the tests were done<br>चाचण्या करण्यात आल्या त्या प्रयोगशाळेचे नाव आणि पत्ता |   |   |   |   |   |
| Diagnosis made and informed to the patient<br>निदान झाले आणि रुग्णाला माहिती दिली                                     |   |   |   |   |   |
| Treatment / Medication given by you<br>तुमच्याद्वारे करण्यात आलेले उपचार/ औषधोपचार                                    |   |   |   |   |   |

### Declaration / घोषणापत्र

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:

वरील सर्व विधाने माझे ज्ञान आणि विश्वास आणि माझ्या / रुग्णालय / दवाखान्याद्वारे ठेवलेल्या नोंदीनुसार सत्य आणि पूर्ण आहेत:

| Name of the Doctor<br>डॉक्टरांचे नाव                   | Signature of the Doctor<br>डॉक्टरांची स्वाक्षरी | Doctor/Hospital seal<br>डॉक्टर/ रुग्णालय सील |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Qualification of the Doctor<br>डॉक्टरांची पात्रता      |                                                 |                                              |
| Regd. no. of the Doctor<br>डॉक्टरांचा नोंदणी क्रमांक   |                                                 |                                              |
| Contact no. of the Doctor<br>डॉक्टरांचा संपर्क क्रमांक |                                                 |                                              |
| Email id of the Doctor<br>डॉक्टरांचा ईमेल आयडी         |                                                 |                                              |
| Date<br>तारीख                                          |                                                 |                                              |

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 इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: युनिट क्र. 701,702 आणि 703, 7वा मजल, पश्चिम विंग, रहेजा टावर्स, 26/27 एम. जी. रोड, बंगलोर - 560001, कर्नाटक; आयआरडीए ऑफ इंडिया नोंदणी क्रमांक 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, आम्हाला टोल फ्री वर कॉल करा 1-800-425-6969, वेबसाइट: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ईमेल- [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in), किंवा आम्हाला लिहा, 1वा मजला,

टेक्नीप्लेक्स, 1, टेक्नीप्लेक्स कॉम्प्लेक्स, वीर सावरकर फ्लायओव्हर, गोरगांव (पश्चिम), मुंबई- 400062, फोन: +91-22-41790000, फॅक्स: +91-22-41790203