

Doctor's Certificate (For Death Claims)

Personal Details

ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଲେମ୍‌ସ୍‌ମୂଳକ ପାଇଁ)

ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସବିଶେଷ ସୂଚନା

Name of the deceased patient: _____
 ମୃତ 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: _____

Death Details / ମୃତ୍ୟୁ ସବିଶେଷ ସୂଚନା

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

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

 Time of death: _____
 ବାହ୍ୟରୋଗୀ/ଅନ୍ତଃରୋଗୀ ନମ୍ବର: _____ ମୃତ୍ୟୁ ତାରିଖ: _____ ମୃତ୍ୟୁ ସମୟ: _____
 Place of Death: Home Hospital Office Other (please Specify Others / Hospital name and address)
 ମୃତ୍ୟୁ ସ୍ଥାନ: ଘର ଡାକ୍ତରଖାନା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ଅନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ ଅନ୍ୟ / ଡାକ୍ତରଖାନା ନାମ ଓ ଠିକଣା)
 Cause of Death: _____
 ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ: _____

Nature of Illness & Habits / ଅସୁସ୍ଥତା ଏବଂ ଅଭ୍ୟାସଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରକୃତି

Hypertension Diabetes Lungs Disease Heart related ailments Malignancy Kidney disease
 ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ମଧୁମେହ ଫୁସ୍‌ଫୁସ୍ ରୋଗ ହୃଦ୍‌ପିଣ୍ଡ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ ମାଲିଗନାନ୍ସ ବୃକ୍କ ରୋଗ
 Liver disease Others (Pls specify) _____
 ଯକୃତ ରୋଗ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ) _____
Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list
ଟିପ୍ପଣୀ: ଦୟାକରି ଉପରୋକ୍ତ ତାଲିକାରୁ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ରୋଗ ପାଇଁ ଉପଲବ୍ଧ ଅତିରିକ୍ତ ଡାକ୍ତର ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ
 Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed _____
 ଧୂମପାନ ଆଲକହଲ ଡ୍ରଗ୍‌ସ୍ ଚମାଖୁ ନିଶା ଓଷଧି- ଯଦି ହ, ସେବନର ଅବଧି ସେବନ କରାଯାଉଥିବା ପରିମାଣ

Date of First Consultation/diagnosis: _____ Information to the Patient _____
 ପ୍ରଥମ ପରାମର୍ଶ/ନିଦାନ ତାରିଖ: _____ ରୋଗୀଙ୍କୁ ସୂଚନା: _____

Diagnosis & Treatment / ନିଦାନ ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ / ଅସୁସ୍ଥତା / ରୋଗର ଅବଧି: _____
 Which investigations / tests were performed: _____
 କେଉଁ ଅନୁସନ୍ଧାନ / ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ କରାଯାଇଥିଲା: _____

 Interval between onset and death: _____ Years _____ Months _____ Days
 ରୋଗ ଆରମ୍ଭ ହେବା ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ମଧ୍ୟରେ ଅନ୍ତରାଳ: _____ ବର୍ଷ _____ ମାସ _____ ଦିନ
 Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: _____
 ସମ୍ବନ୍ଧିତ କିମ୍ବା ଅବଦାନ ଦେଉଥିବା ପୂର୍ବବର୍ତ୍ତୀ ଅବସ୍ଥାଗୁଡ଼ିକ କିନ୍ତୁ ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ ସମ୍ପର୍କିତ ନୁହେଁ: _____

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
 ପିଏନବି ମେଟଲାଇଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍
 ପଞ୍ଜିକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: ୟୁନିଟ୍ ନଂ. 701, 702 ଏବଂ 703, 7ମ ମହଲା, ପଶ୍ଚିମ ପାର୍ଶ୍ୱ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, 26/27 ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର - 560001, କର୍ଣ୍ଣାଟକ | ଭାରତୀୟ ବୀମା ନିୟମାବଳୀ 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 ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 | ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) _____
 ମୃତକ ଜଣକ ଆପଣଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ଡାକ୍ତର / ହସ୍ପିଟାଲ୍ ସହ ପରାମର୍ଶ କରିଥିବା ବିଷୟରେ ଆପଣ ଅବଗତ କି? (ଯଦି ହଁ, ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା) _____

If death was due to unnatural reasons, please specify and provide death summary: _____
 ଯଦି ମୃତ୍ୟୁ ଅସ୍ୱାଭାବିକ କାରଣଗୁଡ଼ିକ ଯୋଗୁଁ ହୋଇଥିଲା, ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ସାରାଂଶ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: _____

Inquest held: Yes No Autopsy / Postmortem done: Yes No
 ଅନୁସନ୍ଧାନ କରାଯାଇଥିଲା: ହଁ ନା ଶବ ପରୀକ୍ଷା / ଶବ ବ୍ୟବଚ୍ଛେଦ: ହଁ ନା

Was the deceased referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: _____
 ମୃତକ ଜଣକ ଅନ୍ୟ କେହି ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କ ନିକଟକୁ ସୁପାରିଷ୍ଟ କରାଯାଇଥିଲେ କି? ଯଦି "ହଁ" ଦୟାକରି ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: _____

Medical History / ଡାକ୍ତରୀ ଇତିହାସ

Have you ever treated the deceased during last 5 years ? Yes No If Yes; _____
 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 ସବିଶେଷ ସୂଚନା	1	2	3	4	5
Date of consultation ପରାମର୍ଶ ତାରିଖ					
What were the symptoms/ illness/disease ଲକ୍ଷଣ/ ଅସୁସ୍ଥତା/ ରୋଗ କଣ ଥିଲା					
Patient having this complaint since ଏହି ସମସ୍ୟ ପର ଠାରୁ ରୋଗୀଙ୍କର ଏହି ଅଭିଯୋଗ ରହିଛି					
Name of the tests advised by you ଆପଣଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଥିବା 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					
Diagnosis made and informed to the patient ନିଦାନ ବା ଡାଏଗ୍ନୋସିସ୍ କରାଯାଇଥିଲା ଏବଂ ରୋଗୀଙ୍କୁ ଜଣାଇ ଦିଆଯାଇଥିଲା					
Treatment / Medication given by you ଆପଣଙ୍କ ଦ୍ୱାରା 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 ସବୋତ୍ତମ ଜ୍ଞାନ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୋ/ଡାକ୍ତରଖାନା/ କ୍ଲିନିକ୍ ଦ୍ୱାରା ବଜାୟ ରଖାଯାଇଥିବା 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 ପଞ୍ଜିକୃତ 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
 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 ଭାରତୀୟ ସର୍ଭିସ୍ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା 117 |
 CI No. U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ନିଃସ୍ୱଳ୍ପ 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 ସାବରକାର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - 400062 | ଫୋନ୍: +91-22-41790000, ଫାକ୍ସ: +91-22-41790203