

## Doctor's Certificate (For Death Claims)

### Personal Details

## వైద్యులు అందించే ధృవపత్రం (మరణానంతర క్లెయిమ్ల కోసం)

### వ్యక్తిగత వివరాలు

Name of the deceased patient: \_\_\_\_\_  
 మరణించిన రోగి పేరు: \_\_\_\_\_  
 Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
 తండ్రి / జీవిత భాగస్వామి పేరు: \_\_\_\_\_  
 Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
 వయస్సు: \_\_\_\_\_ లింగం: పురుషుడు స్త్రీ  
 Address: / చిరునామా: \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
 నగరం \_\_\_\_\_ రాష్ట్రం \_\_\_\_\_ దేశం \_\_\_\_\_ పిన్ కోడ్: \_\_\_\_\_

### Death Details / మరణానికి సంబంధించిన వివరాలు

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

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

 Time of death: \_\_\_\_\_  
 అవుట్ పేషంట్/ఇన్-పేషంట్ నం.: \_\_\_\_\_ మరణించిన తేదీ: \_\_\_\_\_ మరణించిన సమయం: \_\_\_\_\_  
 Place of Death:  Home  Hospital  Office  Other (please Specify Others / Hospital name and address)  
 మరణించిన స్థలం: ఇల్లు ఆసుపత్రి కార్యాలయం ఇతరం (దయచేసి ఇతర స్థలాలు / ఆసుపత్రి పేరు మరియు చిరునామాని పేర్కొనండి)  
 Cause of Death: \_\_\_\_\_  
 మరణించిన కారణం: \_\_\_\_\_

### Nature of Illness & Habits / వ్యాధి లక్షణాలు మరియు అలవాట్లు

Hypertension రక్తపోటు  Diabetes మధుమేహం  Lungs Disease ఊపిరితిత్తుల వ్యాధి  Heart related ailments గుండెకు సంబంధించిన రోగాలు  Malignancy క్యాన్సర్ వ్యాధి  Kidney disease మూత్రపిండాల వ్యాధి  
 Liver disease కాలయ వ్యాధి  Others (Pls specify) \_\_\_\_\_ ఇతరాలు (దయచేసి పేర్కొనండి) \_\_\_\_\_  
**Note:** Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list  
**గమనిక:** పైన పేర్కొన్న జాబితా నుండి నిర్దిష్ట అనారోగ్యం కోసం అందుబాటులో ఉన్న అదనపు డాక్టర్ సర్టిఫికేట్ను దయచేసి పూరించండి  
 Smoking ధూమపానం  Alcohol మద్యపానం  Tobacco పొగాకు  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity consumed \_\_\_\_\_  
 నమలడం తీసుకునే మోతాదు

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_ Information to the Patient \_\_\_\_\_  
 మొదటిసారి సంప్రదించిన/వ్యాధి నిర్ధారణ జరిగిన తేదీ: \_\_\_\_\_ రోగికి సమాచారం \_\_\_\_\_

### Diagnosis & Treatment / వ్యాధి నిర్ధారణ మరియు చికిత్స

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
 వ్యాధి లక్షణాలు / అస్వస్థత / రోగం ఉన్న కాలం: \_\_\_\_\_  
 Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_

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

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రాహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ఇమెయిల్: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నప్లెక్స్ -1, టిక్నప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

నిర్వహించిన వైద్య పరిశీలనలు / పరీక్షలు: \_\_\_\_\_

Interval between onset and death: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
వ్యాధి సోకడానికి మరియు అది తీవ్రమై మరణం సంభవించడానికి మధ్య సమయం: \_\_\_\_\_ ఏళ్లు \_\_\_\_\_ నెలలు \_\_\_\_\_ రోజులు

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: \_\_\_\_\_  
సంబంధిత లేదా దారి తీసే మునుపటి పరిస్థితులు, ఇవి మరణించడానికి కారణమైన అనారోగ్యానికి సంబంధించినవి కాకూడదు: \_\_\_\_\_

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) \_\_\_\_\_  
మీకు తెలిసిన మరణించిన వ్యక్తి మిమ్మల్ని కాకుండా వేరే ఎవరైనా వైద్యులను / ఆసుపత్రిని సంప్రదించారా? (సంప్రదించినట్లయితే, వివరాలు) \_\_\_\_\_

If death was due to unnatural reasons, please specify and provide death summary: \_\_\_\_\_  
ఇది సహజ మరణం కాకపోతే, దయచేసి OH (నండి మరియు మరణ సారాంశ నివేదికను అందించండి): \_\_\_\_\_

Inquest held:  Yes  No Autopsy / Postmortem done:  Yes  No  
దర్యాప్తు జరిగింది:  అవును  కాదు శవ పంచనామా జరిగింది:  అవును  కాదు

Was the deceased referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: \_\_\_\_\_  
మరణించిన వ్యక్తిని మీకు వేరే ఎవరైనా వైద్యులు సిఫార్సు చేసారా? "అవును" అయితే, దయచేసి వివరాలను అందజేయండి: \_\_\_\_\_

### Medical History / వైద్య చరిత్ర

Have you ever treated the deceased during last 5 years ?  Yes  No If Yes; \_\_\_\_\_  
గత 5 వ్యవధిలో మీరెప్పుడైనా మరణించిన వ్యక్తికి చికిత్స చేసారా?  అవును  కాదు  అవును అయితే \_\_\_\_\_

Details of consultation in last 5 years గత 5 ఏళ్ల వ్యవధిలో మిమ్మల్ని సంప్రదించినప్పటి వివరాలు	1	2	3	4	5
Date of consultation సంప్రదించిన తేదీ					
What were the symptoms/ illness/disease వ్యాధి లక్షణాలు/అస్వస్థత/వ్యాధి వివరాలు ఏవి					
Patient having this complaint since రోగికి ఈ సమస్య ప్రారంభమయిన సమయం					
Name of the tests advised by you మీరు సూచించిన పరీక్షల పేర్లు					
Dates on which the tests were done and the results పరీక్షలు నిర్వహించిన తేదీలు మరియు వాటి ఫలితాలు					
Name and address of the laboratory where the tests were done పరీక్షలు నిర్వహించిన ల్యాబ్/రేటర్ పేరు మరియు చిరునామా					
Diagnosis made and informed to the patient వ్యాధి నిర్ధారణ పరీక్షలు చేసి, ఫలితాలను రోగికి అందించడం జరిగింది					
Treatment / Medication given by you మీరు చేసిన చికిత్స / వ్రాసిన ఇచ్చిన మందులు					

### Declaration / నిర్ధారణ

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:  
ఎగువ చేసిన ప్రకటనలు నాకు తెలిసినంత వరకు మరియు నా దగ్గర / ఆసుపత్రిలో / వైద్యశాలలో ఉన్న నివేదికల ప్రకారం వాస్తవమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి.

Name of the Doctor	Signature of the Doctor	Doctor/Hospital seal
--------------------	-------------------------	----------------------

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  
పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్  
కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్, 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.  
CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ఇమెయిల్: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) లేదా 1వ అంతస్తులో, టెక్నిప్లెక్స్ -1, టెక్నిప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203

వైద్యుల పేరు		వైద్యుని సంకేతం	వైద్యులు/ఆసుపత్రి నేలు
Qualification of the Doctor వైద్యుల విద్యార్హత			
Regd. no. of the Doctor వైద్యుల గుర్తింపు సంఖ్య			
Contact no. of the Doctor వైద్యుల సంప్రదింపు నంబర్			
Email id of the Doctor వైద్యుల ఇమెయిల్ ఐడి			
Date తేదీ			

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

పి.ఎన్.బి. మెట్ లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్

కార్యనిర్వాహక కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 701, 702 & 703, 7వ అంతస్తు, వెస్ట్ వింగ్, రహేజా టవర్స్ 26/27 ఎం.జి. రోడ్, బెంగళూరు - 560001. IRDA భారతదేశం యొక్క రిజిస్ట్రేషన్ నంబరు 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, టోల్-ఫ్రీ కాల్ 1-800-425-6969 కు చేయండి, వెబ్సైట్: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ఇమెయిల్: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) లేదా 1వ అంతస్తులో,

టిక్నీప్లెక్స్ -1, టిక్నీప్లెక్స్ కాంప్లెక్స్, వీర సావర్కర్ ఫ్లైఓవర్ నుండి, గోరగావ్ (వెస్ట్) ముంబై - 400062 వద్ద మాకు వ్రాయండి. ఫోన్: +91-22-41790000, ఫ్యాక్స్: +91-22-41790203