

## Doctor's Certificate (For Death Claims)

### Personal Details

### ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (ಮರಣದ ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳಿಗಾಗಿ)

#### ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು

Name of the deceased patient: \_\_\_\_\_  
 ಮೃತ ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
 ತಂದೆ / ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
 ವಯಸ್ಸು: \_\_\_\_\_ ಲಿಂಗ: ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು

Address: / ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
 ನಗರ \_\_\_\_\_ ರಾಜ್ಯ \_\_\_\_\_ ದೇಶ \_\_\_\_\_ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_

### Death Details / ಮರಣದ ವಿವರಗಳು

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

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

 Time of death: \_\_\_\_\_  
 ಹೊರರೋಗಿ/ಬೀರೋಗಿ ಸಂ.: \_\_\_\_\_ ಮರಣ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ ಮರಣದ ಸಮಯ: \_\_\_\_\_

Place of Death:  Home  Hospital  Office  Other (please Specify Others / Hospital name and address)  
 ಮರಣದ ಸ್ಥಳ: ಮನೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕಚೇರಿ ಇತರೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಇತರೆ/ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ)

Cause of Death: \_\_\_\_\_  
 ಮರಣದ ಕಾರಣ: \_\_\_\_\_

### Nature of Illness & Habits / ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಚಟಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು

Hypertension  Diabetes  Lungs Disease  Heart related ailments  Malignancy  Kidney disease  
 ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮಧುಮೇಹ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗ ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ತೀವ್ರತೆ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ

Liver disease  Others (Pls specify) \_\_\_\_\_  
 ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ ಇತರೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ) \_\_\_\_\_

**Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list**  
**ಸೂಚನೆ:** ಮೇಲಿನ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ

Smoking  Alcohol  Tobacco  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity consumed \_\_\_\_\_  
 ಧೂಮಪಾನ ಮದ್ಯಪಾನ ತಂಬಾಕು ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ - ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, \_\_\_\_\_ ಸೇವನೆಯ ಅವಧಿ \_\_\_\_\_

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_ Information to the Patient \_\_\_\_\_  
 ಮೊದಲ ಭೇಟಿ / ತಪಾಸಣೆಯ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ ರೋಗಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ \_\_\_\_\_

### Diagnosis & Treatment / ತಪಾಸಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
 ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಕಾಯಿಲೆಯ / ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅವಧಿ: \_\_\_\_\_

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
 ಯಾವ ತಪಾಸಣೆಗಳು / ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ: \_\_\_\_\_

Interval between onset and death: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
 ರೋಗದ ಪ್ರಾರಂಭ ಮತ್ತು ಮರಣ ನಡುವಿನ ಅವಧಿ: \_\_\_\_\_ ವರ್ಷಗಳು \_\_\_\_\_ ತಿಂಗಳುಗಳು \_\_\_\_\_ ದಿನಗಳು

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: \_\_\_\_\_  
 ಹಿಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತವಿರುವುದು ಆದರೆ ಮರಣದ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ: \_\_\_\_\_

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) \_\_\_\_\_  
 ಮೃತರು ನಿಮ್ಮ ಹೊರತಾಗಿ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿರುವುದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆಯೇ? (ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಅದರ ವಿವರಗಳು) \_\_\_\_\_

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

ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಮರಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ ಮತ್ತು ಮರಣದ ಸಾರಾಂಶ ವರದಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: \_\_\_\_\_

Inquest held:  Yes  No Autopsy / Postmortem done:  Yes  No  
ಮಹಜರು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆಯೇ:  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ ಶವಪರೀಕ್ಷೆ/ ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮುಗಿದಿದೆ:  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

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

ಮೃತರನ್ನು ಬೇರೆ ವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕ ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ? "ಹೌದು" ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: \_\_\_\_\_

### Medical History / ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ

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

ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮೃತರಿಗೆ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ

Details of consultation in last 5 years ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ ವಿವರಗಳು	1	2	3	4	5
Date of consultation ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ ದಿನಾಂಕ					
What were the symptoms/ illness/disease ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಕಾಯಿಲೆಯ/ಲಕ್ಷಣಗಳು ಯಾವುವು					
Patient having this complaint since ಸುಮಾರು ಇಷ್ಟು ದಿನ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯು ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ					
Name of the tests advised by you ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಹೆಸರು					
Dates on which the tests were done and the results ಈ ದಿನಾಂಕಗಳಂದು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು / ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಫಲಿತಾಂಶಗಳು					
Name and address of the laboratory where the tests were done ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿರುವ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ					
Diagnosis made and informed to the patient ತಪಾಸಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ					
Treatment / Medication given by you ನಿಮ್ಮಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಔಷಧಿ					

### Declaration / ಘೋಷಣೆ

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:

ನಾನು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಮೂಲಕ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನನ್ನ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಂಬುತ್ತೇನೆ.

Name of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು	Signature of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ	Doctor/Hospital seal ವೈದ್ಯರ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೊಹರು
Qualification of the Doctor ವೈದ್ಯರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ		
Regd. no. of the Doctor ವೈದ್ಯರ ನೋಂದಾಯಿತ ಸಂಖ್ಯೆ		
Contact no. of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ		
Email id of the Doctor ವೈದ್ಯರ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ		
Date ದಿನಾಂಕ		

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುನಿಟ್ ಸಂ. 701, 702 ಮತ್ತು 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ರಾಜೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001. ವಿಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಭಾರತದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಕ್ಷೇತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), ಇಮೇಲ್: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) ಅಥವಾ 1 ನೇ ಮಹದಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬರೆಯಿರಿ,

ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಆಫ್ ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್, ಗೋರ್ಗಾನ್ (ಪಶ್ಚಿಮ), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203