

Doctor's Certificate (For Death Claims)

Personal Details

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ (ਮੌਤ ਸਬੰਧੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਲਈ)

ਨਿੱਜੀ ਵੇਰਵੇ

Name of the deceased patient: _____
ਮਿਰਤਕ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Father / Spouse's Name _____
ਪਿਤਾ " ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Age: _____ Gender: Male Female
ਉਮਰ: _____ ਲਿੰਗ: ਮਰਦ ਔਰਤ

Address: / ਪਤਾ: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਦੇਸ਼ ਪਿਨ ਕੋਡ:

Death Details / ਮੌਤ ਵੇਰਵੇ

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

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

 Time of death: _____
ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼/ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰ: _____ ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ: _____

Place of Death: Home Hospital Office Other (please Specify Others / Hospital name and address)
ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ: ਘਰ ਹਸਪਤਾਲ ਆਫਿਸ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੋਰਾਂ ਦਾ "ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰੋ)

Cause of Death: _____
ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ: _____

Nature of Illness & Habits / ਬਿ ਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ

Hypertension Diabetes Lungs Disease Heart related ailments Malignancy Kidney disease
ਹਾਈਪਰਟੈਂਸ਼ਨ ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਿਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਤੱਤ ਮੇਲੀਗੈਂਸੀ ਕਿਡਨੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ

Liver disease Others (Pls specify) _____
ਲੀਵਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰੋ) _____

Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list
ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਵਾਧੂ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਭਰੋ

Smoking Alcohol Tobacco Drugs if yes, duration of consumption _____ Quantity consumed
ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਅਲਕੋਹਲ ਤੰਬਾਕੂ ਡ੍ਰੱਗਜ਼ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਖਪਤ ਦੀ ਮਿ ਆਦ _____ ਤਿ ਮਾਰੀ ਵਿ ਚ ਖਪਤ ਮਾਤਰਾ

Date of First Consultation/diagnosis: _____ Information to the Patient _____
ਪਹਿਲੀ ਸਲਾਹ/ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿ ਤੀ: _____ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ _____

Diagnosis & Treatment / ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
ਲੱਛਣਾਂ / ਬਿ ਮਾਰੀ / ਰੋਗ ਦੀ ਮਿ ਆਦ: _____

Which investigations / tests were performed: _____
ਕਿਹੜੀਆਂ ਪੜਤਾਲਾਂ/ਜਾਂਚਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ: _____

Interval between onset and death: _____ Years _____ Months _____ Days
ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰਾਲ: ਸਾਲ ਮਹੀਨੇ ਦਿਨ

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: _____
ਸਬੰਧਿਤ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਥਿਤੀਆਂ, ਪਰ ਮੌਤ ਦੇ ਕਾਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਨਹੀਂ: _____

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) _____
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮਿਰਤਕ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ " ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕੀਤੀ ਹੈ? (ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੇ ਵੇਰਵੇ) _____

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

ਪੰਜਾਬੀ ਮਿਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ
ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਮੀ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117,
CI No. U66010KA2001PLC028883, ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਮੰਜਲ
ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਡ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, 'ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ +91-22-41790203

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

ਜੇਕਰ ਮੌਤ ਗੈਰ-ਕੁਦਰਤੀ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਹੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮੌਤ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ: _____

Inquest held: Yes No
ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਗਈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

Autopsy / Postmortem done: Yes No
ਆਟੋਪਸੀ / ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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

ਕੀ ਮਿਰਤਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ", ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ: _____

Medical History / ਦਵਾਈਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ

Have you ever treated the deceased during last 5 years? Yes No If Yes;
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਮਿਰਤਕ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ;

Details of consultation in last 5 years ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸਲਾਹ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	1	2	3	4	5
Date of consultation ਸਲਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਮਿਤੀ					
What were the symptoms/ illness/disease ਲੱਛਣ/ਬਿਮਾਰੀ/ਰੋਗ ਕੀ ਸੀ					
Patient having this complaint since ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਉਦੋਂ ਤੋਂ ਹੈ					
Name of the tests advised by you ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਨਾਮ					
Dates on which the tests were done and the results ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਜਾਏ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ					
Name and address of the laboratory where the tests were done ਲੈਬੋਰਟਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ					
Diagnosis made and informed to the patient ਨਿਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ					
Treatment / Medication given by you ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਇਲਾਜ " ਦਵਾਈ					

Declaration / ਘੋਸ਼ਣਾ

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:
ਉਕਤ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੀ ਸਮਝ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਵੋਤਮ ਅਤੇ ਮੇਰੇ/ਹਸਪਤਾਲ/ਕਲੀਨਿਕ ਦੁਆਰਾ ਬਣੀਏ ਗਏ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰਨ ਹਨ:

Name of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ	Signature of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਖਤ	Doctor/Hospital seal ਡਾਕਟਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਮੋਹਰ
Qualification of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ		
Regd. no. of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰ.		
Contact no. of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰ.		
Email id of the Doctor ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ		
Date ਮਿਤੀ		

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

ਪੰਜਾਬੀ ਮਿਟਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ

ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਆਫਿਸ: ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ 701, 702 ਅਤੇ 703, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜਲ, ਵੈਸਟ ਵਿੰਗ, ਰਹੇਜਾ ਟਾਵਰਜ਼, 26/27 ਮੀ ਜੀ ਰੋਡ, ਬੈਂਗਲੋਰ - 560001, ਕਰਨਾਟਕ। ਭਾਰਤ ਦਾ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਰੈਗੂਲੇਟਰੀ ਐਂਡ ਡਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਥਾਰਟੀ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 117,

CI No. U66010KA2001PLC028883, ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ 1-800-425-6969 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.pnbmetlife.com, ਈਮੇਲ: indiaservice@pnbmetlife.co.in ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਿਛਲੀ ਮੰਜਲ

ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ -1, ਟੈਕਨੀਪਲੈਕਸ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਔਫ ਵੀਰ ਸਾਵਰਕਰ ਫਲਾਈਓਵਰ, ਗੋਰੇਗਾਂਡ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ-400062, 'ਤੇ ਲਿਖੋ। ਫੋਨ: +91-22-41790000, ਫੈਕਸ +91-22-41790203