

## Doctor's Certificate (For Death Claims)

### Personal Details

### மருத்துவரின் சான்றிதழ் (இறப்பு கிளைம்களுக்காக)

#### தனிப்பட்ட விவரங்கள்

Name of the deceased patient: \_\_\_\_\_  
 இறந்த நோயாளியின் பெயர்: \_\_\_\_\_  
 Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
 தந்தை / துணைவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_  
 Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
 வயது: \_\_\_\_\_ பாலினம்: ஆண் பெண்  
 Address: / முகவரி: \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
 நகரம் \_\_\_\_\_ மாநிலம் \_\_\_\_\_ நாடு \_\_\_\_\_ அஞ்சல் குறியீடு: \_\_\_\_\_

### Death Details / இறப்பு விவரங்கள்

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

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

 Time of death: \_\_\_\_\_  
 புற நோயாளி உட்புற நோயாளி எண்: \_\_\_\_\_ இறந்த தேதி: \_\_\_\_\_ இறந்த நேரம்: \_\_\_\_\_  
 Place of Death:  Home  Hospital  Office  Other (please Specify Others / Hospital name and address)  
 இறந்த இடம்: வீடு மருத்துவமனை அலுவலகம் பிற (மற்ற இடங்களைக் குறிப்பிடவும் / மருத்துவமனை பெயர் மற்றும் முகவரி)  
 Cause of Death: \_\_\_\_\_  
 இறப்பிற்கான காரணம்: \_\_\_\_\_

### Nature of Illness & Habits / நோயின் தன்மை மற்றும் பழக்க வழக்கங்கள்

Hypertension உயர் இரத்த அழுத்தம்  
 Diabetes நீரிழிவு நோய்  
 Lungs Disease நுரையீரல் நோய்  
 Heart related ailments இதயம் தொடர்பான சிகிச்சைகள்  
 Malignancy புற்று நோய்  
 Kidney disease சிறுநீரக நோய்  
 Liver disease கல்லீரல் நோய்  
 Others (Pls specify) \_\_\_\_\_ மற்றவை (குறிப்பிடவும்) \_\_\_\_\_  
**Note: Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list**  
**குறிப்பு: மேற்கண்ட பட்டியலிலிருந்து குறிப்பிட்ட நோய்க்கான கூடுதல் சான்றிதழ்களை தயவுசெய்து நிரப்பவும்**  
 Smoking புகைப்பழக்கம்  
 Alcohol குடிப்பழக்கம்  
 Tobacco புகையில்லை  
 Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity consumed \_\_\_\_\_  
 போதைப்பொருள் உட்கொள்ளுதல், ஆம் எனில் உட்கொள்ளப்பட்ட காலஅளவு \_\_\_\_\_ உட்கொள்ளப்பட்ட அளவு \_\_\_\_\_

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_ Information to the Patient \_\_\_\_\_  
 முதல் ஆலோசனை/நோய்கண்டறிதல் தேதி: \_\_\_\_\_ நோயாளிக்கான தகவல் \_\_\_\_\_

### Diagnosis & Treatment / நோய்கண்டறிதல் மற்றும் சிகிச்சை

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
 அறிகுறிகள், உடல்நலக்குறைவு நோயின் காலஅளவு: \_\_\_\_\_  
 Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
 எந்த ஆய்வுகள் பரிசோதனைகள் நடத்தப்பட்டன: \_\_\_\_\_  
 Interval between onset and death: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
 நோய் தொடங்கியதிலிருந்து இறப்பு வரையிலான இடைவெளி: \_\_\_\_\_ வருடங்கள் \_\_\_\_\_ மாதங்கள் \_\_\_\_\_ நாட்கள்  
 Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: \_\_\_\_\_  
 தொடர்புடைய அல்லது பங்களித்த ஆனால் இறப்பதற்குக் காரணமாகாத முந்தைய உடல் நிலை: \_\_\_\_\_

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) \_\_\_\_\_

இறந்தவர் உங்களைத் தவிர வேறு ஏதேனும் மருத்துவர் மருத்துவமனையிடம் ஆலோசனைப் பெற்றார் என்பது உங்களுக்குத் தெரியுமா? (ஆம் எனில், அதன் விவரங்கள்) \_\_\_\_\_

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

இயற்கைக்கு மாறான காரணங்களால் இறப்பு ஏற்பட்டிருந்தால், தயவுசெய்து இறப்பின் விவரத்தைச் சுருக்கமாக வழங்கவும்: \_\_\_\_\_

Inquest held:  Yes  No Autopsy / Postmortem done:  Yes  No  
ஆய்வு நடத்தப்பட்ட தேதி: ஆம் இல்லை பிரேத பரிசோதனை முடிந்தது: ஆம் இல்லை

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

இறந்த நபர் வேறொரு மருத்தவரால் உங்களிடம் பரிந்துரைக்கப்பட்டவரா? "ஆம்" எனில், விவரங்களை வழங்கவும்: \_\_\_\_\_

### Medical History / மருத்துவ வரலாறு

Have you ever treated the deceased during last 5 years?  Yes  No If Yes; \_\_\_\_\_  
கடந்த 5 வருடங்களில் இறந்த நபருக்கு எப்போதாவது சிகிச்சையளித்துள்ளீர்களா? ஆம் இல்லை ஆம் எனில் \_\_\_\_\_

Details of consultation in last 5 years கடந்த 5 வருடங்களில் வழங்கப்பட்ட ஆலோசனைகளின் விவரங்கள்	1	2	3	4	5
Date of consultation ஆலோசனை அளித்த தேதி					
What were the symptoms/ illness/disease அறிகுறிகள்/உடல்நலக்குறைவு/நோய் என்னென்ன					
Patient having this complaint since நோயாளிக்கு இந்த பிரச்சனை இது முதல் உள்ளது					
Name of the tests advised by you நீங்கள் பரிந்துரைத்த பரிசோதனைகளின் பெயர்					
Dates on which the tests were done and the results பரிசோதனைகள் மேற்கொள்ளப்பட்ட தேதி மற்றும் முடிவுகள்					
Name and address of the laboratory where the tests were done பரிசோதனைகள் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆய்வுக்கூடத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி					
Diagnosis made and informed to the patient நோயாளிக்கு செய்யப்பட்ட நோய் கண்டறிதல் சோதனைகள் மற்றும் அளிக்கப்பட்ட தகவல்					
Treatment / Medication given by you நீங்கள் வழங்கிய சிகிச்சை/மருந்து					

### Declaration / உறுதிமொழி

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:  
மேலே கூறப்பட்டுள்ளவை யாவும் எனது அறிவு மற்றும் நம்பிக்கைக்கு உட்பட்டு மேலும் நான்மருத்துவமனை/கிளினிக் பராமரிக்கும் பதிவுகளின்படி உண்மையானது மற்றும் முழுமையானது:

Name of the Doctor மருத்துவரின் பெயர்	Signature of the Doctor மருத்துவரின் கையொப்பம்	Doctor/Hospital seal மருத்துவர் மருத்துவமனை முத்திரை
Qualification of the Doctor மருத்துவரின் கல்வித் தகுதி		
Regd. no. of the Doctor மருத்துவரின் பதிவு எண்		
Contact no. of the Doctor மருத்துவரின் தொடர்பு எண்		
Email id of the Doctor மருத்துவரின் மின்னஞ்சல் முகவரி		
Date தேதி		

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

பிஎன்பி மெட்லைஃப் இன்சூயர் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்.

பதிவு செய்த அலுவலகம்: யூனிட் எண். 701, 702 & 703, 7-வது தளம், வெஸ்ட் விங், ரஹேஜா டவர்ஸ், 26/27 எம். ஜி ரோடு, பெங்களூர் - 560001. ஐ.ஆர்.டி.ஏ. பதிவு எண் 117.

CI No. U66010KA2001PLC028883, எம்மை அழைக்க வேண்டிய கட்டணமில்லா தொ. பேசி எண் 1-800-425-6969, வலைதளம்: [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com), மின்னஞ்சல்: [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in)

அல்லது எங்களுக்கு எழுத வேண்டிய முகவரி 1-வது தளம், டெக்னிக்ளெக்ஸ் -1, டெக்னிக்ளெக்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், வீர சவர்க்கர் ஃபிளைஓவருக்கு எதிரில், கோரிகாண் (மேற்கு), மும்பை - 400062.

தொ.பேசி: +91-22-41790000, தொ.நகல்: +91-22-41790203