

## Doctor's Certificate (For Death Claims)

### Personal Details

### ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ (موت کے دعووں کے لیے)

#### ذاتی معلومات

Name of the deceased patient: \_\_\_\_\_  
متوفی مریض کا نام: \_\_\_\_\_

Father / Spouse's Name \_\_\_\_\_  
والد / خاوند کا نام: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
عمر: \_\_\_\_\_ جنس:  مرد  عورت

Address: / پتہ: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ PIN Code: \_\_\_\_\_  
شہر \_\_\_\_\_ ملک \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ پین کوڈ: \_\_\_\_\_

### موت کی تفصیلات / Death Details

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

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

 Time of death: \_\_\_\_\_  
بیرونی مریض/داخلی مریض نمبر: \_\_\_\_\_ موت کی تاریخ: \_\_\_\_\_ موت کا وقت: \_\_\_\_\_

Place of Death:  Home  Hospital  Office  Other (please Specify Others / Hospital name and address)  
موت کا مقام: گھر ہسپتال دفتر دیگر (براہ کرم دیگر کی وضاحت کریں / ہسپتال کا نام اور پتہ)

Cause of Death: \_\_\_\_\_  
موت کی وجہ: \_\_\_\_\_

### بیماری کی نوعیت اور عادات / Nature of Illness & Habits

Hypertension فشار خون  Diabetes ذیابٹس  Lungs Disease پھیپھڑوں کی بیماری  Heart related ailments امراض قلب  Malignancy ورم خبیث  Kidney disease گردے کی بیماری

Liver disease جگر کی بیماری  Others (Pls specify) \_\_\_\_\_  
دیگر (براہ کرم وضاحت کریں) \_\_\_\_\_

**Note:** Kindly fill additional Doctor's Certificate available for specific illness from the above list  
نوٹ: برائے مہربانی اوپر دی گئی فہرست سے مخصوص بیماری کے لیے دستیاب اضافی ڈاکٹر کی سرٹیفکیٹ بھریں۔

Smoking سگریٹ نوشی  Alcohol شراب  Tobacco تمباکو  Drugs if yes, duration of consumption \_\_\_\_\_ Quantity consumed \_\_\_\_\_  
منشیات، اگر ہاں تو استعمال کی مدت \_\_\_\_\_ مستعمل مقدار \_\_\_\_\_

Date of First Consultation/diagnosis: \_\_\_\_\_ Information to the Patient \_\_\_\_\_  
پہلے مشاورت/تشخیص کی تاریخ: \_\_\_\_\_ مریض کی معلومات \_\_\_\_\_

### تشخیص اور علاج / Diagnosis & Treatment

Duration of symptoms / Illness / Disease: \_\_\_\_\_  
علامات / علالت / بیماری کی مدت: \_\_\_\_\_

Which investigations / tests were performed: \_\_\_\_\_  
کون سی تفتیش / جانچیں کی گئیں: \_\_\_\_\_

Interval between onset and death: \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months \_\_\_\_\_ Days  
بیماری کے آغاز اور موت کے درمیان وقفہ: \_\_\_\_\_ سال \_\_\_\_\_ ماہ \_\_\_\_\_ دن

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death: \_\_\_\_\_  
ماقبل حالات جو اس سے متعلقہ یا اس میں معاون تھے لیکن موت کی وجہ سے متعلق نہیں تھے: \_\_\_\_\_

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details thereof) \_\_\_\_\_  
کیا آپ کو معلوم ہے کہ متوفی نے آپ کے علاوہ کسی دوسرے ڈاکٹر / ہسپتال سے مشورہ کیا ہے؟ (اگر ہاں، تو اس کی تفصیلات) \_\_\_\_\_

If death was due to unnatural reasons, please specify and provide death summary: \_\_\_\_\_  
اگر موت غیر فطری وجوہات سے ہوئی تھی، تو براہ کرم وضاحت کریں اور موت کا خلاصہ فراہم کریں: \_\_\_\_\_

Inquest held:  Yes  No  ہاں  نہیں  معائنہ لاش / پوسٹ مارٹم کیا گیا:  ہاں  نہیں  Autopsy / Postmortem done:  Yes  No  ہاں  نہیں  جاتج ہوئی:

Was the deceased referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details: \_\_\_\_\_  
 کی متوفی کو کسی دوسرے ڈاکٹر نے آپ کے پاس بھیجا تھا؟ اگر "ہاں"، تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں: \_\_\_\_\_

### طبی تاریخ / Medical History

Have you ever treated the deceased during last 5 years?  Yes  No  If Yes;  ہاں  نہیں  اگر ہاں: کیا آپ نے گزشتہ 5 سالوں میں کبھی بھی متوفی کا علاج کیا تھا؟

Details of consultation in last 5 years گزشتہ 5 سالوں میں مشاورت کی تفصیلات	1	2	3	4	5
Date of consultation مشاورت کی تاریخ					
What were the symptoms/ illness/disease علامات/علالت/بیماری کیا تھی					
Patient having this complaint since مریض کو یہ شکایت کب سے تھی					
Name of the tests advised by you جانچیں جن کا آپ نے مشورہ دیا					
Dates on which the tests were done and the results جانچوں کی تاریخیں اور نتائج					
Name and address of the laboratory where the tests were done لیباریٹری کا نام اور پتہ جہاں جانچیں کی گئیں					
Diagnosis made and informed to the patient تشخیص کی گئی اور مریض کو مطلع کیا گیا					
Treatment / Medication given by you آپ کا دیا گیا علاج / ادویات					

### اقراریہ / Declaration

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:  
 مندرجہ بالا بیانات میرے علم اور یقین اور میرے/ہسپتال/کلینک کی طرف سے قائم کردہ ریکارڈز کے مطابق صحیح اور مکمل ہیں:

Name of the Doctor ڈاکٹر کا نام	Signature of the Doctor ڈاکٹر کے دستخط	Doctor/Hospital seal ڈاکٹر/ہسپتال کی مہر
Qualification of the Doctor ڈاکٹر کی قابلیت		
Regd. no. of the Doctor ڈاکٹر کا رجسٹریشن نمبر		
Contact no. of the Doctor ڈاکٹر سے رابطے کا نمبر		
Email id of the Doctor ڈاکٹر کی ای میل آئی ڈی		
Date تاریخ		

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

ہی این بی میٹلائف انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ  
 رجسٹرڈ آفس: یونٹ نمبر 701، 702 اور 703، ساتویں منزل، ویسٹ ونگ، ریجہ ٹاورز، 26/27 ایم جی روڈ، بنگلور - 560001، کرناٹک۔ IRDA آف انڈیا، رجسٹریشن نمبر 117۔  
 سی آئی نمبر U66010KA2001PLC028883، ویب سائٹ [www.pnbmetlife.com](http://www.pnbmetlife.com)، ای میل [indiaservice@pnbmetlife.co.in](mailto:indiaservice@pnbmetlife.co.in) پر ٹول فری کال کریں یا ہمیں پہلی منزل پر لکھیں،  
 ٹیکنیپلیکس - 1، ٹیکنیپلیکس کمپلیکس، آف ویر ساورکر فلائی اوور، گوریگاؤن (ویسٹ)، ممبئی، 400062۔ فون: +91-22-41790000، فیکس: +91-22-41790203