

Doctor's Certificate (For Death Claims) ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (ಮರಣದ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ)

Personal Details/ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು

Name of the deceased patient: _____
ಮೃತ ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು: _____

Father / Spouse's Name: _____
ತಂದೆ / ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆಸರು: _____

Age: / ವಯಸ್ಸು: _____ Gender: / ಲಿಂಗ: Male / ಗಂಡು Female / ಹೆಣ್ಣು

Address: / ವಿಳಾಸ: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
ನಗರ _____ ರಾಜ್ಯ _____ ದೇಶ _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____

Death Details/ ಮರಣದ ವಿವರಗಳು

Outpatient/In-patient no: _____ Date of death: Time of death: _____
ಹೊರರೋಗಿ/ಒಳರೋಗಿ 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)

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: _____

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯೂನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ. 701, 702 & 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಹೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ಭಾರತೀಯ ಐಆರ್‌ಡಿಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ. 117. ಪಿ ಐ ಸಂಖ್ಯೆ.
U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ. 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ ಈ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಪತ್ರ ಬರೆಯಿರಿ, 1ನೇಯ ಮಹಡಿ,
ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಎದುರು, ಗೋರೆಗಾಂವ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

Interval between onset and death: _____ Yrs _____ 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 there of)
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 ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತೇ? "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					

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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯುಎನ್‌ಐ ಸಂಖ್ಯೆ, 701, 702 & 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಾಹೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ಭಾರತೀಯ ಐಆರ್‌ಡಿಎ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117. ಸಿ ಐ ಸಂಖ್ಯೆ,
U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ ಈ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಪತ್ರ ಬರೆಯಿರಿ, 1ನೇಯ ಮಹಡಿ,
ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಎದುರು, ಗೋರಗಾಂವ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203

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, 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

ಪಿಎನ್‌ಬಿ ಮೆಟ್‌ಲೈಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಯೂನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ. 701, 702 & 703, 7ನೇ ಮಹಡಿ, ವೆಸ್ಟ್ ವಿಂಗ್, ರಾಹೇಜಾ ಟವರ್ಸ್, 26/27 ಎಂ ಜಿ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -560001, ಕರ್ನಾಟಕ. ಭಾರತೀಯ ಐಆರ್‌ಡಿಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 117. ಸಿ ಐ ಸಂಖ್ಯೆ,
U66010KA2001PLC028883, ನಮ್ಮ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1-800-425-6969 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.pnbmetlife.com, ಇಮೇಲ್: indiaservice@pnbmetlife.co.in ಅಥವಾ ಈ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಪತ್ರ ಬರೆಯಿರಿ, 1ನೇಯ ಮಹಡಿ,
ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ -1, ಟೆಕ್ನಿಪ್ಲೆಕ್ಸ್ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ವೀರ್ ಸಾವರ್ಕರ್ ಫ್ಲೈಓವರ್ ಎದುರು, ಗೋರಗಾಂವ್ (ವೆಸ್ಟ್), ಮುಂಬೈ - 400062. ಫೋನ್: +91-22-41790000, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: +91-22-41790203