

Doctor's Certificate (For Death Claims)

ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (മരണാനന്തര ആനുകൂല്യ ക്ലെയിമുകൾക്ക്)

Personal Details/ വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ

Name of the deceased patient: _____
 മരിച്ച രോഗിയുടെ പേര്: _____

Father / Spouse's Name: _____
 പിതാവിന്റെ / ജീവിത പങ്കാളിയുടെ പേര്: _____

Age: / വയസ്സ്: _____ Gender: / ലിംഗഭേദം: Male / പുരുഷൻ Female / സ്ത്രീ

Address: / വിലാസം: _____

City _____ State _____ Country _____ PIN Code: _____
 നഗരം സംസ്ഥാനം രാജ്യം പിൻ കോഡ്:

Death Details/ മരണത്തിന്റെ വിവരങ്ങൾ

Outpatient/In-patient no: _____ Date of death: Time of death: _____
 ഔട്ട്പേഷ്യന്റ്/ഇൻ-പേഷ്യന്റ് നമ്പർ: മരണം സംഭവിച്ച തീയതി: മരിച്ച സമയം:

Place of Death: Home Hospital Office Other (please Specify Others / Hospital name and address)
 മരണം സംഭവിച്ച സ്ഥലം: വീട് ആശുപത്രി ഓഫീസ് മറ്റുള്ളവ (മറ്റുള്ളവ വ്യക്തമാക്കുക / ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും)

Cause of Death: / മരണ കാരണം: _____

Nature of Illness & Habits/ രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവവും ശീലങ്ങളും

- | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension
രക്താതിസമ്മർദ്ദം | <input type="checkbox"/> Diabetes
പ്രമേഹം | <input type="checkbox"/> Lungs Disease
ശ്വാസകോശ രോഗം | <input type="checkbox"/> Heart related ailments
ഹൃദയസംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ | <input type="checkbox"/> Malignancy
മാരക രോഗം | <input type="checkbox"/> Kidney disease
വൃക്കരോഗം |
| <input type="checkbox"/> Liver disease
കരൾ രോഗം | <input type="checkbox"/> Others (Pls specify) _____
മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Smoking
പുകവലി | <input type="checkbox"/> Alcohol
മദ്യപാനം | <input type="checkbox"/> Tobacco
പുകയില | <input type="checkbox"/> Drugs if yes, duration of consumption _____
ലഹരിമരുന്ന് ഉപയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അത് എത്ര കാലം | | <input type="checkbox"/> Quantity consumed _____
ഉപയോഗിച്ചതിന്റെ അളവ് |

Date of First Consultation/diagnosis: _____ Information to the Patient _____
 ആദ്യം കൂടിക്കാഴ്ച/രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ തീയതി: രോഗികൾക്കുള്ള വിവരങ്ങൾ

Diagnosis & Treatment/ രോഗനിർണ്ണയവും ചികിത്സയും

Duration of symptoms / Illness / Disease: _____
 രോഗലക്ഷണത്തിന്റെ / രോഗാവസ്ഥയുടെ / രോഗത്തിന്റെ കാലയളവ്:
 Which investigations / tests were performed: _____
 ഏതൊക്കെ അന്വേഷണങ്ങൾ/പരിശോധനകളാണ് നടത്തിയത്

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

പിഎൻബി മെറ്റ് ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
 രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രാജേജ് ടോവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ, ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. CI നമ്പർ. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക, വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഈ വിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നിലെക്സ് -1, ടെക്നിലെക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സാവർക്കർ ഫ്ലൈവേറിന് സമീപം, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

Interval between onset and death: _____ Yrs _____ Months _____ Days
 അസുഖം ആരംഭിച്ചത് മുതൽ മരണം സംഭവിച്ചത് വരെയുള്ള ഇടവേള: വർഷം മാസം ദിവസം

Antecedent conditions related or contributing but not related to the cause of death:
 മരണ കാരണവുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെട്ടതല്ലാത്തതെങ്കിലും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് മുമ്പുണ്ടായതോ അതിലേക്ക് നയിച്ചതോ ആയ ശാരീരികവ്യതിയാനങ്ങൾ:

Are you aware if deceased consulted any other doctor / hospital apart from you? (If yes, details there of)
 മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തി നിങ്ങളല്ലാതെ മറ്റേതെങ്കിലും ഡോക്ടറുടെ / ആശുപത്രിയുടെ സേവനം തേടിയിരുന്നോ എന്ന കാര്യം നിങ്ങൾക്ക് അറിയാമോ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ, അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിശദാംശങ്ങൾ)

If death was due to unnatural reasons, please specify and provide death summary:
 അസാധാരണമായ കാരണങ്ങളാലാണ് മരണം സംഭവിച്ചിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ, അക്കാര്യം വ്യക്തമാക്കി അതിന്റെ സംഗ്രഹം നൽകുക:

Inquest held: Yes No Autopsy / Postmortem done: Yes No
 ഇൻക്വസ്റ്റ് നടത്തിയോ: നടത്തി ഇല്ല ഓട്ടോപ്സി / പോസ്റ്റ്മോർട്ടം ചെയ്തോ: ചെയ്തു ഇല്ല

Was the deceased referred to you by any other doctor? If "Yes", please provide the details:
 മരിച്ച വ്യക്തിയെ നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടർ റഫർ ചെയ്തതാണോ? "ആണെങ്കിൽ" വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക:

Medical History/ വൈദ്യപരിശോധന ചരിത്രം

Have you ever treated the deceased during last 5 years? Yes No If Yes
 കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിനിടെ എപ്പോഴെങ്കിലും നിങ്ങൾ മരണമടഞ്ഞ വ്യക്തിയെ ചികിത്സിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ

Details of consultation in last 5 years കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തെ പരിശോധനയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	1	2	3	4	5
Date of consultation കൂടിക്കാഴ്ച നടത്തിയ തീയതി					
What were the symptoms/illness/disease ലക്ഷണങ്ങൾ/അസുഖങ്ങൾ/രോഗാവസ്ഥ എന്തൊക്കെയാണ്					
Patient having this complaint since രോഗിയ്ക്ക് എപ്പോൾ മുതലാണ് ഈ അസുഖം ഉണ്ടായിരുന്നത്					
Name of the tests advised by you നിങ്ങൾ നിർദ്ദേശിച്ച പരിശോധനകളുടെ പേര്					
Dates on which the tests were done and the results പരിശോധനകൾ നടത്തിയ തീയതി \ സ്ഥലം, അതിന്റെ ഫലങ്ങൾ					
Name and address of the laboratory where the tests were done പരിശോധനകൾ നടത്തിയ ലബോറട്ടറിയുടെ പേരും വിലാസവും					
Diagnosis made and informed to the patient രോഗ നിർണ്ണയം നടത്തി രോഗിയെ അറിയിച്ചത്					
Treatment / Medication given by you നിങ്ങൾ നൽകിയ ചികിത്സ / മെഡിക്കേഷൻ					

Declaration/ സത്യവാങ്മൂലം

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:
 ഞാൻ/ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്കു നിലനിർത്തിപ്പോരുന്ന രേഖകൾ അനുസരിച്ച്, മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണ്:

Name of the Doctor ഡോക്ടറുടെ പേര്		Signature of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്	Doctor/Hospital seal ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ സീൽ
Qualification of the Doctor ഡോക്ടറുടെ യോഗ്യത			
Regd. no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ			
Contact no. of the Doctor ഡോക്ടറുടെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ			
Email id of the Doctor ഡോക്ടറുടെ ഇമെയിൽ ഐഡി			
Date തീയതി			

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

പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
 രജിസ്ട്രേഷൻ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നമ്പർ 701, 702 & 703, ഏഴാം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രാജേജ് ടവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ -560001, കർണാടക. ഐആർഡിഐ,
 ഇന്ത്യ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. CI നമ്പർ. U66010KA2001PLC028883, 1-800-425-6969 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക, വെബ്സൈറ്റ്:

www.pnbmetlife.com, ഇമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അല്ലെങ്കിൽ ഈ വിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക: ഒന്നാം നില, ടെക്നിപ്ലക്സ് -1, ടെക്നിപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വിർ സവർക്കർ ഫ്ലൈഓവറിന് സമീപം, ഗോരഗോൻ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203