



दिल्ली मण्डल-III/Delhi Division-III

शाखा कार्यालय सं०/Branch Office.....

चिकित्सालय उपचार प्रमाण पत्र
CERTIFICATE OF HOSPITAL TREATMENT

पालिसी सं०..... के अन्तर्गत दावा के संबंध में।

 In connection with claim under Policy No.....
 on the life of

(insert full name of deceased)/(मृतक का पूरा नाम भरें)

- 1 चिकित्सालय अभिलेख के अनुसार रोगी का पूरा नाम, आयु, पता व्यवसाय क्या था?
 What was the full Name, age, address and occupation of the patient as per Hospital Records ?
 नाम/Name.....
 आयु/Age.....
 पता/Address.....
 व्यवसाय/Occupation.....
 पहचान चिन्ह/Identification Marks.....

- 2 चिकित्सालय में उसके प्रवेश की तिथि क्या थी?
 कृपया उसका भीतरी प्रवेश क्रमांक बतायें।
 What was the date of his admission into hospital ?
 Please state his indoor admission No.

- 3 चिकित्सालय में भर्ती के पूर्व रोगी किसके उपचार के अन्तर्गत था? यदि रोगी भर्ती के समय किसी डा० का पत्र या नोट लाया था तो कृपया उसकी प्रमाणित प्रतिलिपि हमें भेजें।
 Under whose treatment was the patient before he was admitted into the Hospital? If the patient had brought a letter or a note from any doctor at the time of admission, kindly furnish us with a certified copy thereof

- 4 भर्ती के समय
 At the time of admission what was
 (अ) उसके बीमारी का स्वरूप
 (a) the nature of his complaint
 (ब) उसके द्वारा बतलाई गई बीमारी की अवधि?
 (b) the duration of the complaint as reported by him?

- 5 भर्ती के समय रोगी द्वारा बतलाया गया सही पूर्ववृत्त क्या था?
 (पूर्ण पूर्ववृत्त, दिन, बीमारी की अवधि, वर्णित लक्षण इत्यादि)
 What was the exact history reported by the patient at the time of admission ? (Full history including the dates, duration of the ailments, the symptoms narrated etc. to be given).

- 6 (अ) i) क्या पूर्ववृत्त रोगी द्वारा स्वयं बतलाया गया?
 a) Was the history reported by the patient himself/herself?
 ब) यदि नहीं तो (बतलाने वाले व्यक्ति का नाम व सम्बन्ध)
 क्या रोगी उस समय मौजूद था? एवम् पूरे होश में था।
 (b) if not, by whom ? (Name and relationship of the person who reported it)
 Was the patient present at that time and was he/she conscious ?
 (स) वृत्त पृष्ठ में पूर्ववृत्त किसने लिखा?
 (c) Who recorded the history in the case sheet?
 (द) क्या पूर्ववृत्त लिखने वाला डाक्टर सेवारत है? यदि नहीं तो कृपया उसका पूरा पता बतायें।
 (d) Whether the Doctor who recorded the history is still in your service. if not, please state his / her full address.

(अ) a) _____
 (ब) b) _____
 (स) c) _____
 (द) d) _____

7 अस्पताल में क्या निदान किया गया ?

What was the diagnosis arrived at in the Hospital?

8 अस्पताल में उसकी भर्ती के समय क्या कोई अन्य रोग या बीमारी उस बीमारी के साथ या पहले थी? यदि हां तो वह क्या थी? कृपया ऐसे रोग या बीमारी का पूर्ववृत्त निम्नानुसार बताएं।

a) Was there any other disease or illness Which preceded or co-existed with the ailment at the time of his/her admission into the hospital? If so what was it? Please give the history of such disease or illness stating.

(क) रोगी द्वारा पहली बार ध्यान दिये जाने की तिथि।

(क) a)

हां / नहीं yes/No

(a) Date when such was first observed by patient.

(ख) किसके द्वारा उपचार किया गया?

(ख) b)

(b) By whom treated

(ग) पूर्ववृत्त किसके द्वारा बताया गया

(ग) c)

(यदि स्वयं रोगी द्वारा नहीं बताया गया तो कृपया बताएं कि क्या उसकी उपस्थिति और उसकी जानकारी में बताया गया)

c) By whom the history was reported ? (if not by the patient himself/herself, please indicate if it was in his / her presence and to his / her knowledge)

(घ) इस पूर्ववृत्त को किसने अभिलेख किया (यदि डा० इस समय अस्पताल में नहीं है तो उनका वर्तमान पता दें।)

(घ) d)

d) Who recorded this history ? (If the doctor is not with the hospital at present, please give his/her present address)

9 अस्पताल से मुक्त किए जाने की तिथि क्या थी?

What was the date of his/her discharge from hospital?

10 जब उसे मुक्त किया गया तो उसकी स्थिति क्या थी?

What was his/her condition when he / she was discharged ?

11 क्या किसी अन्य अवसर पर अस्पताल में उसका उपचार स्वतः रोगी का या बाह्य रोगी के रूप में किया गया था।

Was he/she treated in the Hospital on any previous occasion either as an in patient or an out patient.

यदि हां तो कृपया बतायें।

If so, please state :

(अ) प्रथम भर्ती या बाह्य रोगी की तरह उपचार की तिथि।

(अ) a)

(a) Date of 1st admission or first time treatment as an out patient.

(ब) मुक्त किए जाने की तिथि एवं उस समय की स्थिति

(ब) b)

(b) Date of discharge & condition on Discharge.

(स) रोग का प्रकार

(स) c)

(c) Nature of ailment.

(द) भर्ती के समय दिया गया पूर्ववृत्त

(द) d)

(d) History reported at the time of admission

प्रमाणित किया जाता है कि अस्पताल के अभिलेखानुसार सूचना सही है।

Certified that the above information is correct as per records of the Hospital.

दिनांक/Date..... हस्ताक्षर/Signature..... संकेत सं०/Code No*.....

योग्यता एवं पद

Qualification and Designation

अस्पताल का नाम

डाक पता

Name of Hospital Postal Address

*(यदि आप भारतीय जीवन बीमा निगम के प्राधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक हैं तो संकेत संख्या लिखें)

*(State here the code No., if you are an authorised Medical Examiner of Life Insurance Corporation of India)

‘कृपया, हमें हिन्दी में पत्र लिखें।’


LIC
भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

दिल्ली मण्डल/Delhi Division - III

शाखा कार्यालय सं०/Branch Unit No.

चिकित्सक का प्रमाण-पत्र
MEDICAL ATTENDANT'S CERTIFICATE (Claim Form 'B')

(मृतक की अन्तिम बीमारी के समय उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरे जाने के लिये)

(To be completed by the Medical Attendant of the deceased in the last illness)

श्री/श्रीमती.....के जीवन पर जारी की गई पालिसी सं० के अन्तर्गत दावे के सम्बन्ध में।

(मृतक का पूरा नाम)

In connection with Claim under Policy No

1. (अ) मृतक का पूरा नाम पता तथा व्यवसाय क्या था ? (a) What was the full name, address and occupation of deceased ?	नाम/Name पता/Address व्यवसाय/Occupation
2. (अ) आपकी राय में मृत्यु के समय मृतक की अनुमानित आयु क्या थी ? (a) His apparent age at the time of death as could be judged ? (ब) क्या वह (मृतक) आपका सम्बन्धी था ? यदि हां तो किस प्रकार से ? (b) Was he related to you and if so, how ? (स) पहचान के लिए कृपया किसी चिन्ह अथवा शारीरिक विशिष्टता का उल्लेख कीजिए ? (c) Description of any marks or Physical peculiarities noticed by you for purpose of identification.	(अ) वर्ष (a) Year (ब) (b) (स) (c)
3. (अ) मृत्यु का समय (a) Time of death. (ब) मृत्यु की तिथि (b) Date of death (स) मृत्यु का स्थान (सही पता दें) (c) Place of death (Give exact address)	(अ) बजे प्रातः/सायं (a) AM/PM (ब) (b) (स) (c)
4. (अ) मृत्यु का वास्तविक कारण क्या था? रोग अथवा मृत्यु के किसी अन्य कारण का जिसे आप उचित समझते हों विवरण देने के साथ-साथ कृपया रोग का तकनीकी नाम दें। (a) What was the exact cause of death ? Besides defining the disease or other cause of death in such terms as you consider appropriate, kindly add the distinctive technical name. (ब) क्या रोग का निदान मृत्यु के बाद परीक्षण द्वारा किया गया था अथवा जीवित अवस्था में रोग के लक्षणों और देखने से अनुमान लगाया था ? (b) Was it ascertained by examination after death or referred from symptoms and appearance during life?	(अ) मूल कारण (a) (i) Primary cause तत्कालिन कारण (ii) Secondary cause (ब) (b)

(स) मृत्यु से पूर्व, मृतक कितने समय से इस रोग से पीड़ित था? (c) How long had he been suffering from this disease before his death ? (द) बीमारी के लक्षण क्या थे ? (d) What were the symptoms of the illness ? (य) मृतक ने इन लक्षणों को सबसे पहले कब जाना ? (e) When were they first observed by the deceased ? (र) बीमारी के दौरान रोगी, सर्वप्रथम आपको किस तिथि को दिखाया गया ? (f) What was the date on which you were first consulted during the illness ? (ल) क्या आप बीमारी की पूरी अवधि में रोगी का उपचार करते रहे ? यदि नहीं तो बतायें आपने कितने समय तक उपचार किया ? (g) Did you attend him during the whole of its course? If not, state during what period.	(स) (द) (य) (र) (ल)
5. (अ) क्या मृतक आत्मसयमी और निग्रही प्रवृत्ति का था ? (a) Were his habits sober and temperate ? (ब) क्या आपके पास यह मान लेने या शंका करने का कोई कारण है कि उसे इस बीमारी के होने अथवा बढ़ जाने का कारण उसकी (मृतक) असमयी प्रवृत्ति थी ? (b) Have you any reason to suppose or to suspect that disease was in his case caused or aggravated by intemperate habits ?	(अ) (ब)
6. (1) जिस रोग से उसकी मृत्यु हुई है उसके अलावा कौन-कौन से अन्य रोग थे जिनसे मृतक पहले से ही ग्रस्त था अथवा (2) उसकी असामयिक मृत्यु का कारण रोग के साथ-साथ कौन कौन से अन्य रोग विद्यमान थे? ऐसे रोगों या बीमारियों का ब्यौरा दीजिए - (1) What other disease or illness (i) preceded (ii) or co-existed with that which immediately caused his death ? (2) Give history of such disease or illness stating ? (अ) रोग के सर्वप्रथम मालूम होने की तिथि (a) Date when first observed ? (ब) किसने उपचार किया ? (b) By whom treated ? (स) आपको बीमारी का वृत्तान्त किसने बताया ? (c) By whom history reported to you ?	(1) (2) (अ) (ब) (स)

7. (अ) मृतक की अन्तिम बीमारी के समय आपको दिखलाने से पूर्व क्या किसी अन्य चिकित्सक द्वारा अथवा किसी अन्य चिकित्सालय में (मृतक का) उपचार किया गया था ? यदि हां तो उसका नाम व पता बतायें। (a) Was the deceased treated during his last illness by any other medical practitioners or in any hospital before you were consulted ? If, so please state their names and addressed. (ब) क्या आपके साथ-साथ किन्ही अन्य चिकित्सकों ने भी उस मृतक का उपचार किया था ? यदि हां तो कृपया उनके नाम व पता लिखें । (b) Did any other Medical Practitioners attend on him in consultation with yourself ? If so, please state their names and addresses.	(अ) (a) (ब) (b)
8. (अ) क्या आप मृतक के पारिवारिक चिकित्सक थे ? (a) Were you deceased's usual Medical Attendant ? (ब) यदि हां तो कितने समय से ? (b) If so, for how long ? (स) यदि नहीं तो कृपया मृतक के पारिवारिक चिकित्सक का नाम लिखें। (c) If not, please state name and address of his usual medical attendant ?	(अ) (a) (ब) (b) (स) (c)
9. मृतक को अन्तिम बीमारी के तीन वर्ष पूर्व आपने कब-कब और किन किन रोगों के लिए मृतक का उपचार किया ? When and for what ailment did you treat the deceased during the three year preceeding his last illness ?	
10. क्या उसकी मृत्यु के बारे में कोई छानबीन या औपचारिक जांच की गई थी अथवा उसके शरीर की शल्य चिकित्सा की गई थी यदि हां तो किसके द्वारा और इसमें क्या पता चला ? Was any inquest or normal enquiry held regarding the death or Post Mortem Examination of the body made ? If so, whom and what was the result or finding ?	
11. क्या इस दावे के सम्बन्ध में आप मृतक की व्याधियों, आदतों एवं रहन-सहन के बारे में अन्य कोई सूचना अथवा विचार देना चाहते हैं? यदि हां, तो विवरण दें। Have you any other information or remarks to make in connection with his claim concerning deceased's ailments, habits, mode of living etc.	

मैं.....मृतक व्यक्ति श्री/श्रीमती.....

का चिकित्सक एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि जहां तक मेरी जानकारी व विश्वास है, अपर्युक्त प्रकथन सत्य एवं सही हैं, और मृतक की मृत्यु उसके स्वप्रयत्न से नहीं हुई थी।

I..... Medical Attendant of the deceased

..... DO HEREBY SOLEMNLY DECLARE that foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief and that the deceased did not die by his own act.

स्थान..... दिनांक..... माह..... 200.....
Dated at..... this..... day of..... 200.....

संकेत सं०..... (यदि आप निगम के अधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक हैं तो यहां अपनी संकेत (कोड) संख्या लिखें।
Code No. (State here Code Number if you are an authorised Medical

Examiner of the Corporation)

चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं पहचान को साक्षी :
Witness to signature and identity of
Medical Attendant

चिकित्सक के हस्ताक्षर
Signature of Medical Attendant

हस्ताक्षर/Signature

हस्ताक्षर/Signature.....

पूरा नाम/Full Name

योग्यतायें/Qualification.....

व्यवसाय/Occupation

पत्र व्यवहार का पता/Postal Address.....

पत्र व्यवहार का पता/Postal Address

.....

टिप्पणी : यदि चिकित्सक सिविल असिस्टेंट सर्जन अथवा निगम का अधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक है तो इस प्रमाण-पत्र पर उसके हस्ताक्षर की साक्षी किसी ऐसे जिम्मेदार व प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा की जानी चाहिए जो मृतक का सम्बन्धी न हो। अन्य स्थितियों में यह प्रकथन निम्न में से किसी एक के द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित होना चाहिए: (1) वकील, (2) निगम का अभिकर्ता, (जो कि मण्डल प्रबन्धक-क्लब अथवा उससे अधिक ऊँचे स्तर पर अभिकर्ता-क्लब का सदस्य हो) (3) शाखा प्रबन्धक (4) खण्ड विकास अधिकारी, (5) शपथ आयुक्त, (6) डाक्टर (7) राजपत्रित अधिकारी, (8) हाईस्कूल प्रधानाध्यापक (9) मुख्य डाकपाल अथवा विभागीय उप-डाकपाल (परन्तु शाखापाल नहीं), (10) मजिस्ट्रेट, (11) निगम का अधिकारी, अधीक्षक अथवा विकास अधिकारी (जो कि कम से कम गत 5 वर्षों से विकास अधिकारी के रूप में कार्यरत रह चुका हो) अथवा (12) ग्राम पंचायत अथवा स्थानीय परिषद का सभापति।

Note : If the Medical Attendant is a Civil Assistant Surgeon or one of the Corporation's authorised Medical Examiner, his signature to this Certificate may be witnessed by any person of known character and responsibility other than relative of the deceased. In other cases, this statement must be countersigned by (1) an Advocate, (2) an Agent of the Corporation (who is a member of an Agent's club at the level of Divisional Manager's Club or above (3) A Bank Manager (4) A Block Development Officer, (5) A Commissioner of Oaths, (6) A Doctor, (7) A Gazetted Officer (8) A Head Master of a High School, (9) A Head Post Master or Department Sub Post Master (but not a Branch Post Master, (10) A Magistrate, (11) An Officer or Development Officer (who has served at last 5 years as Development Officer of the Corporation) or (12) President of a village Panchayat or Local Board.