

Mr. P. DURAI PANDI

ACCIDENTAL DEATH ON 04-9-2020

HDFC ERGO General Insurance Company Limited

GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM



Claimant's Statement

Form 'A'

INSURED INFORMATION

Insured's Name: SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 Insured's Address: PULLOOR KARIAPATTI
 Date of Birth: [] Marital Status: Married Unmarried
 Phone No. (Off): 04566229706 Phone No. (Res): []
 Name and address of employer: []
 Policy Number: 2979203110821360000 Insured's Occupation: []
 Does the insured have any other insurance? Yes No
 If yes, please list all companies, type of insurance, policy numbers and insurance amounts: []

CLAIM INFORMATION

Date of accident: 04 09 2020 Time and place accident occurred: 12.50
 Please describe in detail the circumstances of accident: HIT THE BACKSIDE OF THE LORRY DUE TO THE SUDDEN BRAKE BY LORRY DRIVER (attach separate sheet if needed)
 Was the accident related to the Insured's occupation? Yes No If so, how? []
 Please describe the nature of Insured's injuries: []
 Please list the names and addresses of all treating physicians and hospitals: []
 Did police or other authorities investigate the accident? Yes No
 If yes, please provide name, address and telephone number of all investigating officers and agencies: []

CLAIMANT INFORMATION (if different than "Insured Information" above)

Claimant's Name: SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 Claimant's Address: PULLOOR KARIAPATTI
 Relationship to Insured: Employer Age: [] Yrs Phone No. (Off): []
 Phone No.: []
 In what capacity are you making this claim? []

AUTHORISATION

I authorize any insurance company, physician, hospital or other healthcare provider, or any other organization, institution or person that may have records, documents or knowledge regarding the insured to release any information requested regarding this claim and the loss reported. I understand this information will be used by HDFC ERGO General Insurance, or its authorized representatives, for the purpose of evaluating and determining coverage for this claim. I know I have a right to receive a copy of this authorization upon request and agree that a photographic or facsimile copy of this authorization is as valid as the original. I agree that this authorization shall be valid for the duration of this claim.

I understand that any person who knowingly and with intent to defraud or deceive any insurance company files a claim containing any materially false, incomplete or misleading information may be subject to prosecution for insurance fraud.

I/we hereby understand, declare, consent and authorise the Company that personal health details, medical history and financial information, as provided to the Company may be utilised for processing the claim made under the Policy. I/we hereby also understand, declare and consent that the Company shall have right to retain and disseminate the same to any service provider for providing services related to insurance.

Date: 18.9.2020

[Signature]
 PRINCIPAL
 SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 PULLOOR, KARIAPATTI - 626 115
 SIGNED: VIRUJHUNAGAR (Person)

HDFC ERGO General Insurance Company Limited



ACCIDENTAL INJURY - CLAIM FORM

Accidental Death
Claimant's Statement

Form 'E'

INSURED INFORMATION

Insured's Name: DURADIPANDI P
 Insured's Address: 4-6-5 METTU PATTE NETHAJI STREET
 MALLANKINARU KARIAPATTE TE VIRUDHUNAGAR DIST
 Date of Birth: 12/04/1965 Marital Status: Married Unmarried
 Phone No. (Off): 04566229706 Phone No. (Res):
 Name and address of last employer: SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 Policy Number: 299920310821360000 Insured's Occupation (at time of death):
 Did the Insured have any other accident or life insurance? Yes No
 If yes, please list all companies, policy numbers and insurance amounts:

CLAIM INFORMATION

Date of accident: 04/09/2020 Time and place accident occurred: 17.50
 Please describe in detail the circumstances of accident: HIT THE BACKSIDE OF THE LORRY
 DUE TO THE SUDDEN BRAKE BY LORRY DRIVER (attach separate sheet if needed)
 Was the accident related to the Insured's occupation? Yes No If so, how?
 Please describe the cause of the Insured's death:
 Please list the names and addresses of all treating physicians and hospitals:
 Did police or other authorities investigate the accident? Yes No
 If yes, please provide name, address and telephone number of all investigating officers and agencies:
 Was an autopsy performed? Yes No If yes, please provide name and address of Medical Examiner:
 Was a coroner's inquest held? Yes No If yes, what was the determination?

CLAIMANT INFORMATION

Claimant's Name: SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 Age: Yrs Relationship to Insured: EMPLOYER
 Claimant's Address: PULLOOR KARIAPATTE
 Phone No. (Off): 04566225706 Phone No. (Res):
 In what capacity are you making this claim? Beneficiary Executor* Administrator* Guardian* Trustee* Assignee*

*Please provide a certified copy of all documents supporting your authority (e.g., Succession Certificate, Notarised Affidavit, Notarised will, etc.) I authorize any insurance company, physician, hospital or other healthcare provider, or any other organization, institution or person that may have records, documents or knowledge regarding the insured to release any information requested regarding this claim and the loss reported. I understand this information will be used by HDFC ERGO General Insurance, or its authorized representatives, for the purpose of evaluating and determining coverage for this claim. I know I have a right to receive a copy of this authorization upon request and agree that a photographic or facsimile copy of this authorization is as valid as the original. I agree that this authorization shall be valid for the duration of this claim. I understand that any person who knowingly and with intent to defraud or deceive any insurance company files a claim containing any materially false, incomplete or misleading information may be subject to prosecution for insurance fraud.

I/We hereby understand, declare, consent and authorise the Company that personal health details, medical history and financial information, as provided to the Company may be utilised for processing the claim made under the Policy. I/We hereby also understand, declare and consent that the Company shall have right to retain and disseminate the same to any service provider for providing services related to insurance.

Date: 13/11/2020
 Place: PULLOOR-KARIAPATTE

[Signature]
 PRINCIPAL
 SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 PULLOOR KARIAPATTE - 526 115
 VIRUDHUNAGAR (Dt)
 SIGNED (Claimant or authorized person)

HDFC ERGO General Insurance Company Limited



Consent for Mode of Claim Payment

Name of Insured: SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

Policy Number: 2999003108213600000

Claim Number:

Beneficiary Name:

Mode of Payment: Cheque Fund Transfer

(Please tick for mode of payment)

(All Fields are Mandatory in case of Fund Transfer)

Insured's Name as per Bank Account: THE PRINCIPAL SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

Bank Account Number: 25460100000595

Branch Name: KARIAPATTI

IFSC Code: IOR0000546 Email address: principalsethu.ac.in

Attachments In Support of Bank Details (Please tick the type of proof submitted):
 Cancelled Cheque Bank Passbook Copy

Declaration: I Mr./ Mrs/ Ms. _____
 undersigned, legal beneficiary of the above claim, declare that all details mentioned in this form are true and I agree to the mode of payment against the particular claim number mentioned above.

[Signature]
 PRINCIPAL
 SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
 PULLOOR, KARIAPATTI - 626 1
 VIRUDHUNAGAR (Dt)

Signature of Beneficiary
 Stamp Required in case of Company

Date: 18 11 2020

VNR 60708 615

1. District: VIRUDHUNAGAR . PS: KARIAPPATTI

Year: 2020 FIR No. 888

Date: 04-09-2020

மாவட்டம்

காவல் நிலையம்

ஆண்டு

மு.த.அ. எண்

நாள்

2 Act(s)

சட்டம்

INDIAN PENAL CODE, 1860
INDIAN PENAL CODE, 1860

Sections
பிரிவுகள்

279
337

3. (a) Occurrence of Offence Day: FRIDAY

குற்ற நிகழ்வு நாள்

Date From: 04-09-2020

Date To:

Time Period: On

நாள் முதல்

Time from: 17.50 Hrs

நாள் வரை

நேர அளவு

நேரம் முதல்

Time To:

நேரம் வரை

(b) Information received at PS. 04-09-2020

Date:

காவல் நிலையத்திற்கு தகவல் கிடைத்த நாள்

Time: 19.00 Hrs

நேரம்

(c) General Diary Reference: Entry No(s)

பொது நாட்குறிப்பில் பதிவு விவரம் எண்

Time:

நேரம்

4. Type of Information: ORAL

தகவலின் வகை

5. Place of Occurrence: (a) Direction and Distance from PS: SOUTH

குற்ற நிகழ்விடம் (அ) காவல் நிலையத்திலிருந்து எவ்வளவு தூரமும், எத்திசையும்

& 3.0 Km

Beat Number: BEAT 2

முறைக் காவல் எண்

(b) Address: மதுரை- தூத்துக்குடி நெடுஞ்சாலை கபால காளியம்மன் கோவில் தாண்டி சுமார் 100 மீ தொலைவு TPY;

(c) In case, outside limit of this Police Station, then the Name of P.S:

இக்காவல் நிலைய எல்லைக்கப்பால் நடந்து இருக்குமாயின் அந்நிலையில், அந்த கா.நி பெயர்

District:

மாவட்டம்

6. Complainant/Informant (a) Name: SIVARAMAN

குற்றமுறையிட்டாளர் / தகவல் தந்தவர் பெயர்

(c) Date/Year of Birth: 1968

(d) Nationality: INDIA

(b) Father's/Husband's Name: VELUTHEVAR

தந்தை / கணவர் பெயர்

நாள் / பிறந்த ஆண்டு

நாட்டினம்

(e) Passport No.:

வெளிநாட்டு கடவுச்சீட்டு எண்

Date of Issue:

வழங்கப்பட்ட நாள்

Place of Issue:

வழங்கப்பட்ட இடம்

(f) Occupation: WATCHMEN

தொழில்

(g) Address: MUDIYANOOR, KARIAPPATTI TK

முகவரி

7. Details of Known/Suspected/Unknown accused with full particulars

தெரிந்த / ஐயப்பாட்டிற்குரிய / தெரியாத குற்றம் சாட்டப்பட்டவரின் முழுமையான விவரங்கள்

RAJENDRAN(S/O) MUTHU, MANACHANALLUR, THIRUPATTHUR

8. Reasons for delay in reporting by the complainant/Informant:

குற்றமுறையிட்டாளரால் / தகவல் கொடுப்பவரால் முறையிட்டதில் தகவல் கொடுப்பதில் தாமதம்

9. Particulars of the properties stolen/Involved:

களவாடப்பட்ட / களவிற்குள்ளான சொத்துக்களின் விவரம்

10. Total value of properties stolen/Involved:

களவாடப்பட்ட / களவிற்குள்ளான சொத்துக்களின் மொத்த மதிப்பு

11. Inquest Report/ Un-natural death Case No. If any:

பிண விசாரணை அறிக்கை / இயற்கைக்கு மாறான இறப்பு எண் ஏதேனும் இருந்தால்

12. FIR Contents :

முதல் தகவல் அறிக்கையின் சுருக்கம்

பணிந்து சமர்ப்பிக்கின்றேன். இன்று 04.09.2020ம் தேதி காரியாபட்டி காவல் நிலைய சார்பு ஆய்வாளர் கு.பிச்சைப்பாண்டி ஆகிய நான் நிலைய பொறுப்பில் இருந்த போது மாலை 18.10 மணிக்கு காரியாபட்டி அரசு மருத்துவமனையிலிருந்து கிடைத்த தகவலின் பேரில் அங்கு வாகன விபத்தில் காயமடைந்து சிகிச்சையிலிருந்த காரியாபட்டி தாலுகா, முடியனூர் கிராமத்தை சேர்ந்த வேலுத்தேவர் மகன் சிவராமன் வயது 52/2020 என்பவர் கொடுத்த புகார் வாக்குமூலத்தை 18.50 மணிக்கு பதிவு செய்து உடன் திரும்பி நிலையம் வந்து புகார் வாக்குமூலத்தின் தன்மைக்கு ஏற்ப 19.00 மணிக்கு நிலையக் குற்ற எண்.888/20 பிரிவு 279,337 IPC ஆக வழக்கு பதிவு செய்தேன். புகார் வாக்குமூலத்தின் விபரம் பின்வருமாறு. வாக்குமூலம்:- திரு.சிவராமன் வயது 52/2020, த/பெ. வேலுத்தேவர், முடியனூர், காரியாபட்டி தாலுகா,9994875244. நான் காரியாபட்டி தாலுகா முடியனூர் கிராமத்தில் குடும்பத்துடன் வசித்து வருகிறேன். நான் புல்லூரில் உள்ள சேது இன்ஜினியரிங் காலேஜில் வாட்சுமேனாக வேலைபார்த்து வருகிறேன். இன்று 04.09.2020ம் தேதி சாயாங்காள வேலை முடிஞ்சி நானும் எங்க ஊர் அருகிலுள்ள மேட்டுப்பட்டியைச் சேர்ந்த பாண்டி மகன் துரைப்பாண்டியும் எனது மருமகன் பைக்கான TN 58 AD 6971 எமகா பைக்கில் நான் பைக்கை ஓட்ட துரைப்பாண்டி பின்னால் உட்கார்த்து எங்க ஊருக்கு போகும்போது மதுரை- தூத்துக்குடி நெடுஞ்சாலையில் வடக்கிலிருந்து தெற்காக போகும்போது அதே ரோட்டில் எங்களுக்கு முன்னால் சென்ற TN 28 BD 7042 லாரியை ஓட்டிச் சென்ற பின்னால் பெயர் விலாசம் கேட்டுத் தெரிந்த திருப்பத்தூர் மனச்சநல்லூரை சேர்ந்த முத்து மகன் ராஜேந்திரன் கபாலகாளியம்மன் கோவில் தாண்டி சுமார் 100 மீட்டர் தொலையில் சுமார் 05.50 மணிபோல பின்னால் வண்டி வருதானு கூட பார்க்காம கவனக்குறைவாகவும், எந்த ஒரு கைசைகையும் சிக்கனலும் காட்டாமல் திடீரென்று பிரேக் போட்டு லாரியை இடதுபுறம் ஓரங்கட்டுனதால நாங்க போன பைக் லாரி பின்னாடி மோதி நாங்க ரோட்டுல விழந்ததில் எனக்கு இடது முழங்கை இடது முழங்காலில் சிராய்ப்பு காயமும், பின் முதுகில் ஊமைக்காயமும், துரைப்பாண்டிக்கு இரண்டு கால் முட்டிக்கு கீழேயும் பலத்த காயமும் ஏற்பட்டு அருகிலிருந்தவர்கள் மற்றும் அந்த வழியாக வந்த எனது உறவினர் முத்துவேல் ஆகியோர் உதவியுடன் நெடுஞ்சாலை ஆம்புலன்ஸ் மூலமாக காரியாபட்டி அரசு மருத்துவமனையில் சிகிச்சைக்கு சேர்ந்தோம். பின்பு தகவல் தெரிந்து காரியாபட்டி அரசு மருத்துமனைக்கு வந்த காரியாபட்டி காவல் அதிகாரியான தங்களிடன் நடந்த விபரத்தை சொல்லி விபத்து ஏற்பட காரணமான லாரி டிரைவர் மீது நடவடிக்கை எடுக்க புகார் வாக்குமூலம் கொடுத்தேன். நடவடிக்கை எடுக்கும்படி கேட்டுக் கொள்கிறேன். படிக்க கேட்டேன் நான் சொன்னபடி சரியாக உள்ளது.

(sd) V.சிவராமன் Sir, Recorded this statement by me in kariapatti GH on 04.09.2020 at 18.50 Hrs and return back to the police station and registered a case in kariapatti ps Cr.No. 888/2020 u/s 279,337 ipc on 04.09.2020 at 19.00Hrs (sd) கு.பிச்சைப்பாண்டி SI 04.09.20

அரசால் வழங்கப்பட்ட முதல் தகவல் அறிக்கை தாள் தீர்ந்து விட்டதால் காவல்துறை கூடுதல் இயக்குநர் மாநில குற்ற ஆவண காப்பகம் அவர்களின் R.C.No: D-X/3833/SCRB/2014-8 Dt.03.04.2020 மற்றும் விருதுநகர் மாவட்ட காவல் கண்காணிப்பாளர் அவர்களின் C.No:02/CCTNS/VNR/2020 Dt. 07.04.2020 உத்தரவின்படி இந்த முதல் தகவல் அறிக்கைக்கு VNR 60708 615 என்ற வரிசை எண் கொடுக்கப்பட்டுள்ளது. இதன் முதல் தகவல் அறிக்கையின் அசலை கனம் குற்றவியல் நீதித்துறை நடுவர் நீதிமன்றம் எண்.11 விருதுநகர் அவர்களுக்கும் மற்ற நகல்களை சம்மந்தப்பட்ட உயர் அதிகாரிகளுக்கும் அனுப்பி வைத்தேன்.

13. Action Taken: Since the above report reveals Commission of Offence(s) u/s as mentioned in item No.2, registered case and took up the investigation.

எடுக்கப்பட்ட நடவடிக்கை : மேலே குற்ற முறையீட்டில் உள்ளவை பிரிவு 2 -ல் கூறப்பட்ட சட்ட பிரிவுப்படியான குற்றமாக வழக்கு பதிவு செய்து பலனாய்வுக்கு எடுத்துக்கொள்ளப்பட்டது

R read over to the Complainant/Informant; admitted to be correctly recorded and a copy given to the Complainant/Informant free of cost.

மு.த.அ. குற்றமுறையீட்டாளருக்கு / தகவல் தந்தவருக்கு படித்துக்காட்டி, அது சரியாக எழுதப்பட்டு இருப்பதாக ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டு, அதன்படி நகல் ஒன்று இலவசமாக கொடுக்கப்பட்டது

14. Signature / Thumb Impression of the Complainant/Informant

குற்றமுறையீட்டாளர் / தகவல் கொடுப்பவரின் ஒப்பம் / பெருவிரல் இரேகைப் பதிவு

15. Date & Time of despatch to the court: 04-09-2020

நீதிமன்றத்திற்கு அனுப்பப்பட்ட நாளும், நேரமும்

(True Copy)

சார்பு ஆய்வாளர்
பாதிவாட்டி களே நிலையம்
விருதுநகர் மாவட்டம்

07/09/20

Signature of the Officer/in-charge, Police Station

காவல் நிலைய பொறுப்பு அலுவலரின் ஒப்பம்

Name : PITCHAIPANDU-09-20
பெயர்

Rank : SUB No.: 1684
INSPECTOR OF
POLICE

நிலை

No. 011/2020

Post-mortem Certificate. - 134

Regarding the body of a male aged about 58 years years, named Duraijandi
 female

Requisition received at 1-25 A.M. on 05/09/2020 from the Sub-Inspector
 P.M.
 of Karimnagar police with his letter No. IPC 279 327 304 (A) dated 5/9/2020

Body in charge of Police Constable No. HC 1664 named Mr. Joseph

Identification and caste marks :-

- (1) old Scar on left side of shoulder
- (2) Scar on left side of abdomen
- (3)

The body was first seen by the undersigned at 1-25 A.M. on 05/09/2020
P.M.

Its condition then was Moderately Ruillt

Post-mortem commenced at 1-50 A.M. on 05/09/2020
P.M.

Appearances " found at the post-mortem" Moderately Ruillt male body kept

in supine position & moaning. Rigor on both upper limbs.
 External presentation both eyes - closed. mouth - closed. Teeth @
 No ENT blood present. In both legs Thomas joint @ (pop @)
 - IV line @ right hand Arterial Examination. Lungs - congested.
 Heart - congested. Liver - congested. Stomach - food particles @ Kidneys
 both congested. Spleen - congested. Bladder - 1 cent urine @ Skull:
 Brain - normal. Base of Skull normal. Chest: off fracture of
 left upper ribs 2, 4, 5 & 2 left clavicle #. Sternum - normal (Congested)
 arranged layers (N) After removal of pop from legs? Right lower
 leg both bone fracture # (closed type) - Abrasion @ Right knee bone
 left lower leg both bone # fracture (open type) & Articular present.
 over the open # wound. Time of Death: 8 to 12 hrs prior to post.
 mortem. Cause of Death: Multiple Long Bone # 1 @ multiple
 # leads to hypovolemic shock & pressure loss. Unable
 to maintain circulation leads to Cardiac arrest.

Opinion as to cause of death -

(a) Reserved pending report of.....

(b) The deceased would appear to have died of.....

Station :

V. N. M.

Name :

Dr. S. Bharathi Rajan

Dated :

17/12/2020

Rank :

Asst Surgeon

Dr. S. BHARATHI RAJAN, M.B.B.S., M.S.,

Assistant Surgeon

Reg. No. 99400

Virudhunagar Govt. Headquarters Hospital

Virudhunagar - 626 001.

1. By appearance.
2. Designation of officer sending requisition.
3. Station of the officer sending requisition.
4. If the body was seen before post-mortem, note time and general condition.
5. Enter condition of body (i.e) warm, cold, rigor mortis present, or passed off and state parts; putrefaction early, moderate or advanced.
6. After "appearances found" enter all particulars regarding wounds, injuries and suspicious signs external or internal, which should be concisely and sufficiently described, the site and the extent of a wound being carefully described.
7. The original certificate should be placed in a cover which should be sealed and sent direct by the Medical Officer to the Magistrate, specified by the Police, on the name day the post-mortem is held.
8. The certificate should not be filled in until the post mortem notes have been entered is full in ink in the post-mortem register. This should be done at once to obviate the possibility of any delay the delivery of the certificate to the Police.



படிவம் எண் 6
Form No. 6



தமிழ்நாடு அரசு

GOVERNMENT OF TAMIL NADU

பொது சுகாதாரம் மற்றும் நோய்த் தடுப்பு மருந்துத் துறை
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE

மாவட்ட தலைமை மருத்துவமனை, விருதுநகர்
GOVERNMENT DISTRICT HEAD QUARTERS HOSPITAL, VIRUDHUNAGAR

இறப்பு சான்றிதழ் / DEATH CERTIFICATE

(பிறப்பு மற்றும் இறப்பு பதிவு சட்டம், 1969ன் பிரிவு 12/17 மற்றும் தமிழ்நாடு பிறப்பு இறப்பு பதிவு விதிகள் 2000 விதி எண். 8/13 இன் கீழ் வழங்கப்படுகிறது.)

(ISSUED UNDER SECTION 12/17 OF THE REGISTRATON OF BIRTHS & DEATHS ACT, 1969 AND RULE 8/13 OF THE TAMIL NADU REGISTRATION OF BIRTH AND DEATH RULES 2000.)

கீழ்க்கண்ட தகவல் இந்தியா, தமிழ்நாடு மாநிலம், விருதுநகர் மாவட்டம், விருதுநகர் வட்டம், அரசு மருத்துவமனை விருதுநகர் சேர்ந்த அசல் இறப்பு பதிவேட்டிலிருந்து எடுக்கப்பட்டவை என சான்று அளிக்கப்படுகிறது.

THIS IS TO CERTIFY THAT THE FOLLOWING INFORMATION HAS BEEN TAKEN FROM THE ORIGINAL RECORD OF DEATH WHICH IS THE REGISTER FOR GOVERNMENT HOSPITAL VIRUDHUNAGAR OF VIRUDHUNAGAR TALUK OF VIRUDHUNAGAR DISTRICT OF TAMIL NADU STATE, INDIA.

NAME OF DECEASED / இறந்தவரின் பெயர் :
DURAIPANDI / துரைப்பாண்டி

SEX / பாலினம் : MALE / ஆண்

UID NUMBER OF DECEASED / இறந்தவரின் ஆதார் எண் :

DATE OF DEATH / இறந்த தேதி : 05/09/2020
FIVE - SEPTEMBER - TWO THOUSAND TWENTY

PLACE OF DEATH / இறந்த இடம் :

GOVERNMENT HOSPITAL VIRUDHUNAGAR, VIRUDHUNAGAR

AGE OF DECEASED / இறந்தவரின் வயது : 58 YEARS

அரசு மருத்துவமனை விருதுநகர், விருதுநகர்

NAME OF MOTHER / தாயின் பெயர் :
PETHAMMAL / பெத்தம்மாள்

MOTHER'S UID NUMBER / தாயின் ஆதார் எண் :

FATHER NAME / தந்தையின் பெயர் :
PANDI / பாண்டி

FATHER'S UID NO. / தந்தையின் ஆதார் எண் :

HUSBAND / WIFE NAME / கணவர் / மனைவி பெயர் :
LINGESWARI / லிங்கேஸ்வரி

HUSBAND / WIFE UID NO. / கணவர் / மனைவி ஆதார் எண் :

ADDRESS OF THE DECEASED AT THE TIME OF DEATH /
இறப்பின் போது இறந்தவரின் முகவரி :

PERMANENT ADDRESS OF DECEASED /
இறந்தவரின் நிரந்தர முகவரி :

4-6-5, METTUPATTI NETHAJI STREETT, MALLANGINARU, ,
KARIAPATTI, VIRUDHUNAGAR, TAMIL NADU

4-6-5, METTUPATTI NETHAJI STREETT, MALLANGINARU, ,,
KARIAPATTI, VIRUDHUNAGAR, TAMIL NADU

4-6-5, மேட்டுப்பட்டி நேதாஜி தெரு , மல்லாங்கிணறு ,,
காரியாபட்டி, விருதுநகர், தமிழ்நாடு -

4-6-5, மேட்டுப்பட்டி நேதாஜி தெரு , மல்லாங்கிணறு ,,
காரியாபட்டி, விருதுநகர், தமிழ்நாடு -

REGISTRATION NUMBER / பதிவு எண் :
D-2020:33-16261-000279

DATE OF REGISTRATION / பதிவு செய்த தேதி : 06/10/2020

REMARKS (IF ANY) / குறிப்பு :

DATE OF ISSUE / வழங்கிய நாள் : 06/10/2020

ISSUING AUTHORITY / சான்றிதழ் அளிப்பவர்



REGISTRAR (BIRTH & DEATH)
பதிவாளர் (பிறப்பு & இறப்பு)
GOVERNMENT HOSPITAL VIRUDHUNAGAR
அரசு மருத்துவமனை விருதுநகர்

THIS IS A COMPUTER GENERATED CERTIFICATE.
THE GOVT. OF INDIA VIDE CIRCULAR NO.11/12/2014-VS(CRS) DATED 27-JULY-2015 HAS
APPROVED THIS CERTIFICATE AS A VALID LEGAL DOCUMENT FOR ALL OFFICIAL PURPOSES.
THE REGISTRATION NUMBER IS UNIQUE TO EACH EVENT.



SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

AN AUTONOMOUS INSTITUTION | ACCREDITED WITH 'A' GRADE BY NAAC

Approved by AICTE, New Delhi & Permanently Affiliated to Anna University, Chennai

Recognized by UGC Under Section 2(f) & 12(B) of UGC Act, 1956

Approved Research Centre for Mech, CSE, ECE, Civil, Physics & Chemistry by Anna University, Chennai

B.E Mech and B.Tech IT Accredited by NBA, New Delhi Under Tire I Washington Accord

Pulloor - 626 115, Kariapatti Taluk, Virudhunagar District

Phone : (04566) 229706 | Mob : +91 9943 367007

Website: www.sethu.ac.in | Email: principal@sethu.ac.in

Date:17.11.2020

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr.DURAIPANDI P worked as Security in Security Office in our College from 25.07.2016 to 04.09.2020

His Conduct and Character was Good during the period.


PRINCIPAL

PRINCIPAL
SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
PULLOOR, KARIAPATTI - 626 115
VIRUDHUNAGAR (Dt)

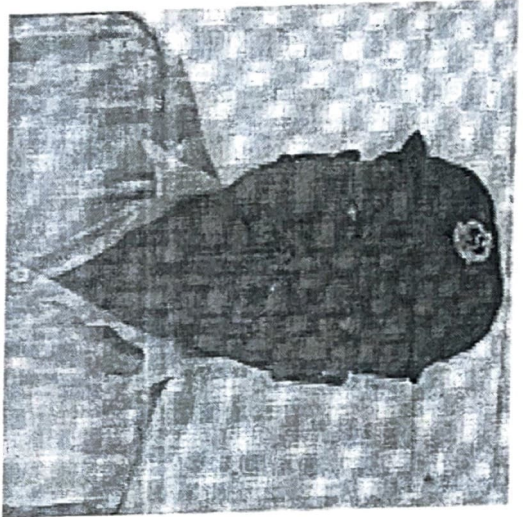


SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

An Autonomous Institution

(Affiliated to Anna University, Chennai and Approved by AICTE - New Delhi)
(Pulloor - 626115, Karapatti, Virudhunagar Dt. Ph : 04566-308001 (4 Lines) Fax : 308000.)

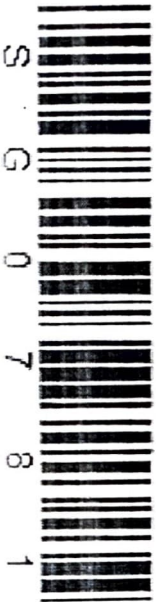
SECURITY



DURAI PANDI.P

DESGN : SECURITY

DEPT : SECURITY



[Signature]

Principal

BLOOD GROUP :

DATE OF BIRTH : 12/04/1965

ADDRESS :

**NO: 4/6/5, NETHAJI STREET,
MALANGINAR,
KARIAPATTI-626109**

PHONE : 9087855154



வாரிசு சான்றிதழ்
Legal Heir Certificate

சான்றிதழ் எண் / Certificate No: TN-7202010121815

நாள் / Date: 22-10-2020

கதவு எண் 4-6-5, மேட்டுப்பட்டி மல்லாங்கினார், மல்லாங்கினார் கிராமம் / நகரம், காரியாபட்டி வட்டம், விருதுநகர் மாவட்டத்தில் வசித்த துரைப்பாண்டி தந்தையின் பெயர் பாண்டி என்பவர் 05-09-2020 தேதி அன்று இறந்துள்ளார். மேற்படி இறந்த நபருக்கு கீழ்க்கண்ட நபர்கள் வாரிசுதாரர்களாவார்கள்.

This is to certify that Duraipandi son of Pandi who was residing at Door No. 4-6-5, Mettupatti mallankinar Mallankinar Village/Town of Kariyapatti Taluk of Virudhunagar, Tamil Nadu State expired on 05-09-2020 leaving behind the following persons as surviving legal heirs.

வ.எண் / Sl.No	பெயர் / Name	வயது / Age	இறந்தவரின் உறவுமுறை / Relationship for deceased	திருமண நிலை / Marital Status
1	Lingeshwari	52	Wife	Widow
2	Muniyandi	35	Son	Married
3	Pandiselvi	29	Daughter	Married
4	Pandiyarajan	25	Son	Married

Predeceased Legal Heirs :

வ.எண் / Sl.No	பெயர் / Name	வயது / Age	இறந்தவரின் உறவுமுறை / Relationship for deceased	திருமண நிலை / Marital Status
1	PETHAMMAL	80	Mother of the deceased	Widow

- 1) இச்சான்று மனுதாரர் அளித்த ஆவணங்கள் / ஆதாரங்களின் அடிப்படையில் வழங்கப்படுகிறது / This certificate is based on the documents / particulars furnished by the applicant.
- 2) மனுதாரர் இச்சான்று தொடர்பாக தெரிவித்த எந்த ஒரு தவறான தகவல்களுக்கும் சான்று வழங்கும் அதிகாரம் பெற்ற அலுவலர் பொறுப்பல்ல / The Competent Certificate issuing authority is not responsible for any mala fide information submitted by applicant.

Signature valid

Digitally signed by DHANAKUMAR R
Date: 22/10/2020 13:05:19 IST

மாவட்டம் / District : Virudhunagar
வட்டம் / Taluk : Kariyapatti

குறிப்பு / Remarks :

பதவி / Designation : வட்டாட்சியர் / Tahsildar

இச்சான்றிதழ் மின்னகையொப்பம் இடப்பட்டதால், கையொப்பம் அல்லது முத்திரை தேவையில்லை /
This certificate is digitally signed and does not require any seal or signature.



ஆவண விவரங்களை உறுதி செய்ய:

(அ) TN-7202010121815 என்ற தனிப்பட்ட சான்றிதழ் எண்ணை <https://tneidistrict.tn.gov.in/tneida/VerifyCerti.shtml> ல் உள்ளிடு செய்து சரிபார்க்கவும்.

(ஆல்லது)

(ஆ) கைப்பேசி கேமராவின் 2D barcode படப்பான் மூலம் இணையதளத்தில் சரிபார்க்கவும்.

Genuineness of the certificate can be verified by.

(a) Keying In the unique certificate number TN-7202010121815 in the URL <https://tneidistrict.tn.gov.in/tneida/VerifyCerti.shtml>.

(or)

(b) Reading the 2D barcode with mobile barcode reader and verify through online.



AO Office SIT <sit@sethu.ac.in>

Staff Accident & Death Intimation - Reg

1 message

SIT SIT <sit@sethu.ac.in>

Tue, Jun 18, 2019 at 11:46 AM

To: m.muthupandi@bhartiata.com, rahul.anto@bhartiata.com, jom.joseph@bhartiata.com

18.06.2019

To

The Manager,
Bharati Axa General Insurance Company
Theni Main Road,
Madurai – 625 016.

Sir,

Sub: Accident and Death of Staff **Mr. M Madurai Veeran** - Personal accident
Insurance Claimant's form-Reg.

Ref: Our Insurance Policy No. APG/I2800625/T2/09/006299

It is informed that Mr. M Madurai Veeran, Assistant Mechanic., met an accident on 05.06.2019 at Sevalpatti Vilakku near Kariapatti & died on 05.06.2019. Kindly send the personal accident Insurance Claimant's form at the earliest.

THAANKS & REGARDS

PRINCIPAL

SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

KARIAPATTI - 626 115




Dr. A. Senthil Kumar
PRINCIPAL
SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY
Pulloor, Kariapatti - 626 115
Virudhunagar District

INSURANCE

SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

KARIAPATTI – 626 115

27-08-2019

To


The Accounts Department
Sethu Institute of Technology
Kariapatti – 626 115.


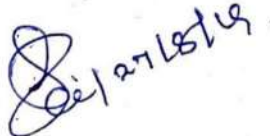
Sir,

Sub: Requisition to Issue Cheque: "M Madurai Veeran's" Mother – NALLATHANGAL M" – reg.

Kindly issue a cheque for the amount of Rs 1,00,000/- [Rupees One Lakh Only] in favor of M Madurai Veeran, mother of NALLATHANGAL M, who was died on 05.06.2019 due to an accident in Sevalpatti Vilakku near Kariapatti.

Thanking You,


Administrative Officer



27/08/19

**Straight2Bank
PAYEE ADVICE**

SCB Ref : IN00533Q2527896

Customer Ref : 28521506

Date : 26/08/2019

To: MS SETHU INSTITUTE OF TECHNOLOGY

KARIAPATTI TALUK
VIRUDHUNAGAR
VIRUDHUNAGAR VIRUDHUNAGAR 626006
VIRUDHUNAGAR 626006

Invoice Total	100,000.00
- Benef. Charge	0.00
- Discount	0.00
UTR Reference	SIN00533Q2527896

Dear Sir / Madam (s),

We have on 26/08/2019 made a payment to your account xxxxxxxxxxxx5555 at IOB KARIAPATTI for INR 100,000.00 as instructed by BHARTI AXA GENERAL INSURANCE COM. L.

Should you not receive the payment in time, please contact BHARTI AXA GENERAL INSURANCE COM. L for further investigations.

Remittance Advice

This section includes details as supplied by BHARTI AXA GENERAL INSURANCE COM. L

Payment Details : T2,15876355,9A07E5YA,I2800625,APG

Payment Details	AMOUNT (INR)
Dear Sir / Madam	0.00
Name of Insured : MS SETHU INSTITUTE OF TECHNOLO	0.00
Insured Client ID: 15876355	0.00
Contract Type: APG	0.00
Misc Reference:	0.00
Payment no: 28521506	0.00
Amount: 100000	0.00
Service Tax:	0.00
TDS:	0.00
We hereby release your professional fee for	0.00
Claim No: 9A07E5YA under Policy No:I2800625	0.00
We have transferred the net payable amount	100,000.00
as full and final payment for services rendered	0.00
Yours sincerely	0.00
Bharti AXA General Insurance Co Ltd	0.00

*Note: Payment is made at the direction of, and based on information provided by, the originator of the payment instruction. If incorrect information is given or the originator revokes the payment instruction or any other circumstances arises which is beyond our control, this may result in payment being delayed or not received. The actual date of credit funds is also dependent on the clearing system(s) used and the beneficiary's bank.