

**Claimant's Statement for Death Claim (SSG & Affinity)**

મૃત્યુ દાવા માટે દાવેદારનું નિવેદન (એસએસજી એન્ડ એફીનીટી)

Group Policy Number સમૂહ પોલિસી નંબર				
Group Policy Holder Name સમૂહ પોલિસી ધારકનું નામ				
Member number સભ્ય નંબર				
Date of Joining the Policy પોલિસીમાં જોડાયા તારીખ				
Certificate Number પ્રમાણપત્ર નંબર				
Loan disbursement date લોન વિતરણની તારીખ				
Outstanding loan as of date of death of member સભ્યની મૃત્યુની તારીખે બાકી રહેતી લોનની રકમ				
<b>Details of the Insured Member:</b>				
<b>વીમિત સભ્યની વિગતો:</b>				
Full name સંપૂર્ણ નામ				
Residential Address રહેવાસી સરનામું				
PAN No./ Form 60 પાન નંબર/ ફોર્મ 60				
Gender જાતિ	<table border="0"> <tr> <td>Male પૂરુષ</td> <td>Female સ્ત્રી</td> <td>Age at death: મૃત્યુના સમયે ઉંમર:</td> </tr> </table>	Male પૂરુષ	Female સ્ત્રી	Age at death: મૃત્યુના સમયે ઉંમર:
Male પૂરુષ	Female સ્ત્રી	Age at death: મૃત્યુના સમયે ઉંમર:		
Nature of occupation વ્યવસાયનો પ્રકાર				
Date of birth (as per records) જન્મની તારીખ (રેકોર્ડ્સ અનુસાર)				
Date of death and Time of Death મૃત્યુની તારીખ અને મૃત્યુનો સમય				
Cause of death મૃત્યુનું કારણ	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Murder <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> COVID 19 <input type="checkbox"/> Natural Calamity <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Others (please specify) _____ <input type="checkbox"/> અકસ્માત <input type="checkbox"/> હત્યા <input type="checkbox"/> આત્મહત્યા <input type="checkbox"/> કોવિડ 19 <input type="checkbox"/> કુદરતી આફત <input type="checkbox"/> હૃદય રોગ <input type="checkbox"/> કિડની રોગ <input type="checkbox"/> લીવર રોગ <input type="checkbox"/> કેન્સર <input type="checkbox"/> અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો) _____			
Place of death મૃત્યુનું સ્થળ	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Others (please Specify Others / Hospital name) _____ <input type="checkbox"/> ઘર <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ <input type="checkbox"/> ઓફિસ <input type="checkbox"/> અન્ય (કૃપા કરીને અન્ય / હોસ્પિટલનું નામ સ્પષ્ટ કરો) _____			
<b>In case of death due to illness</b>				
<b>જો માંદગીથી મૃત્યુ થયું હોય, તો તેવા કિસ્સામાં</b>				
When and where did the insured member give first indication of falling ill વીમિત સભ્યએ ક્યારે અને ક્યાં માંદા પડવાનું પ્રથમ સૂચન કર્યું				
Date and type of illness માંદગીની તારીખ અને પ્રકાર				
Treatment given અપાયેલ સારવાર				
Name, Address & Phone No. of the Doctor consulted the insured during last illness અંતિમ માંદગી દરમિયાન વીમિત વ્યક્તિને કન્સલ્ટ કરનાર ડોક્ટરનું નામ, સરનામું અને ફોન નં.				
Name & Address of the Hospital where the insured undergone treatment for the last illness એ હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું કે જ્યાં વીમિત વ્યક્તિ અંતિમ માંદગી માટે સારવાર લેકાયા હતા				
<b>In case of death due to Accident: FIR and PMR (attested by GPH) needs to be filed along with claim documents</b>				
<b>અકસ્માતના કારણે મૃત્યુ થાય તેવા કિસ્સામાં: એફઆઈઆર અને પીએમઆર (જીપીએચ દ્વારા પ્રમાણિત) દાવા દસ્તાવેજની સાથે રજૂ કરવાનું રહેશે</b>				
Date and Time of accident અકસ્માતની તારીખ અને સમય				
Details of accident અકસ્માતની વિગત				

Address of Police Station to which the accident was reported અકસ્માતનો જે પોલીસ સ્ટેશનમાં રિપોર્ટ કરવામાં આવેલ છે તેનું સરનામું	
FIR number એફઆઈઆર નંબર	
Name & Address of the Hospital from which the Post-mortem was Conducted પોસ્ટ-મોર્ટમ જે હોસ્પિટલમાં કરવામાં આવ્યું હતું તેનું નામ અને સરનામું	

<b>Details of Claimant/Nominee</b> દાવેદારની/નોમિનીની વિગતો	
Name of the claimant દાવેદારનું નામ	
Relationship with the insured and % of Share વીમિત સાથે સંબંધ અને વહેંચણીમાં %	
Address of the claimant દાવેદારનું સરનામું	
PAN No./ Form 60 (Mandatory) પાન નંબર/ ફોર્મ 60 (ફરજિયાત)	
Email and phone number ઈમેઈલ અને ફોન નંબર	
<b>Claimant/Nominee's Bank details</b> દાવેદારની/નોમિનીની બેંકની વિગતો	
Bank Name and complete address બેંકનું નામ અને સંપૂર્ણ સરનામું	
Account type ખાતાનો પ્રકાર	Savings બચત
	Current ચાલુ
Bank account number બેંક ખાતા નંબર	
MICR code: એમઆઈસીઆર કોડ:	IFSC Code: આઈએફએસસી કોડ:

#### Declaration from Claimant / Nominee

##### દાવેદાર / નોમિની તરફથી ઘોષણા

I/We \_\_\_\_\_ hereby declare that, I am/we are the nominee/s /legal heir/s of Late Mr. / Mrs. \_\_\_\_\_ who is the life assured in the above policy.

હું/અમે \_\_\_\_\_ જાહેર કરું છું/જાહેર કરીએ છીએ કે, હું/અમે સ્ત્રી/શ્રીમતી \_\_\_\_\_ ના નોમિની/ઓ/કાનુની વારસદાર/રો છીએ કે જે ઉપરની પોલિસીમાં વીમિત વ્યક્તિ છે.

I/We hereby irrevocably agree and undertake that, upon payment of the amount payable under the policy, PNB MetLife India Insurance Company Ltd. shall stand conclusively discharged from all its liabilities in relation to the insurance cover of the deceased member arising out of the above policy. I/We hereby authorize the physician/Doctor/s, hospitals, medical centers, etc. who had attended upon or examined or treated the aforesaid deceased person/insured for any ailment or illness, Insurance Companies who had issued policies to the aforesaid deceased person/insured, present/past employers or business associates of the life insured, Birth and Death Registrar, Diagnosis centers wherein the life insured underwent personal/official/Insurance related medical tests to divulge or share any knowledge or information or documents regarding the deceased's state of health available with them or other details which he/they may have acquired whether before or after the issuance of the policy by PNB MetLife.

હું/અમે અર્હીથી અટલ રીતે સંમત છું/સંમત છીએ અને સ્વીકાર છું/સ્વીકારીએ છીએ કે, પોલિસી હેઠળ જે રકમ ચુકવવાને પાત્ર છે તેની ચુકવણી પછી, પીએનબી મેટલાઈફ ઇન્ડિયા ઇન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ ઉપરની પોલિસીમાંથી જાહેર થયેલ મૂત સભ્યના વીમા કવર સંબંધિત તેની તમામ જવાબદારીઓમાંથી સંપૂર્ણપણે મુક્ત રહેશે. હું/અમે અર્હીથી ફીઝીશીયન/ડોક્ટર/ઓ, હોસ્પિટલો, મેડીકલ કેન્દ્રો વગેરે ને કે જેઓએ કોઈપણ ઉપચાર અથવા માંદગી માટે ઉપર જણાવાયેલ મૂત વ્યક્તિ/વીમેદારને એટેન્ડ કર્યો હોય, તપાસ્યો હોય અથવા સારવાર આપી હોય, ઇન્સ્યોરન્સ કંપનીઓ કે જેઓએ ઉપર જણાવાયેલ મૂત વ્યક્તિને/વીમેદારને પોલિસીઓ ઇસ્યુ કરેલ હોય, વીમિત વ્યક્તિના વર્તમાન/ભૂતકાળના એમ્બલોયરો અથવા વ્યવસાયિક એસોસિએટ્સ, જન્મ અને મૃત્યુ રજિસ્ટ્રાર, નિદાન કેન્દ્રો કે જ્યાં વીમિત વ્યક્તિ વ્યક્તિગત/ઓફીસીયલ/વીમા સંબંધિત તબીબી પરિક્ષણ માટે ગયેલ હોય તે તમામને તેઓની પાસે ઉપલબ્ધ મૂતકના સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત પરિસ્થિતિ વિષે અથવા અન્ય વિગતો અથવા જાણ અથવા દસ્તાવેજો કે જે તે/તેઓના દ્વારા પીએનબી મેટલાઈફ દ્વારા પોલિસી ઇસ્યુ કરાયેલ હોય તે પહેલા કે પછી મેળવવામાં આવેલ હોય તે તમામ વિગતો માટે જાહેર કરવા અથવા વહેંચવા માટે પ્રમાણિત કરીએ છીએ.

A photocopy of this authorization shall be considered as valid as original. Since the said coverage was availed by Late \_\_\_\_\_ for the purpose of securing outstanding due and payable under a loan availed by him/her from \_\_\_\_\_ Bank/Financial Institution/GPH, I/We request you to pay Rs. \_\_\_\_\_ to Bank/ Financial Institution/ GPH towards discharge/partial discharge of the loan outstanding. Any balance post payment of the said outstanding may be paid in my/our name.

આ પ્રમાણિતનાની નકલ મૂળ દસ્તાવેજની જેમ જ ગણવામાં આવશે. જો કે કહેવાતી રક્ષણની રકમ કે જે સ્વ \_\_\_\_\_ દ્વારા \_\_\_\_\_ બેંક/નાણાકીય સંસ્થા/જીપીએચ પાસેથી તેના/તેણીના દ્વારા લેવાયેલ લોન હેઠળ બાકી અને ચુકવવાની થતી રકમને સુરક્ષિત કરવાના હેતુથી લેવામાં આવેલ હતી, હું/અમે તમને \_\_\_\_\_ બેંક/નાણાકીય સંસ્થા/જીપીએચને બાકી રહેતી રકમ ભરપાઈ કરવા માટે/આંશિક ભરપાઈ કરવા માટે ચુકવી આપવા વિનંતી કરું છું/કરીએ છીએ. ચુકવણી પછી જો કોઈ બાકી રકમ હોય તો તેને મારા/અમારા નામમાં ચુકવવામાં આવી શકે છે.

I/We undertake to refund any amount which is credited to my/our account either in excess or which is not due to me/us, at any time, for any reason and to this effect. I hereby confirm that the particulars mentioned here are true, correct and complete in all respects. I/We hereby further consent, and authorize, PNB MetLife to use and disclose any of the information including sensitive and personal data or information of mine/ours' collected or available with PNB MetLife (whether contained in this statement or obtained otherwise) which may include my/our KYC documents to any individual/organization/entity associated or affiliated with or engaged by PNB MetLife including reinsurers, claim investigative agencies, vendors and industry associations/federations, for the purpose of processing this claim and/or for providing subsequent services.

હું/અમે કોઈપણ રકમ કે જે મારા/અમારા ખાતામાં વધુમાં અથવાતો જે મારી/અમારી બાકી લેણી નીકળતી નથી તેને, કોઈપણ સમયે, કોઈપણ કારણસર આ અસર હેઠળ ચુકવી આપવા બંધાવ હું/અંધાર છીએ. હું અહીંથી ખાતરી આપું છું કે અહીં જે કોઈપણ વિગતો વર્ણવેલ છે તે તમામ બાબતે, સાચી, ખરી અને સંપૂર્ણ છે. હું/અમે પીએનબી મેટલાઈટ્, પીએનબી મેટલાઈટ્ પાસે ઉપલબ્ધ (આ નિવેદનમાં લીધેલ અથવા બીજી કોઈપણ રીતે મેળવેલ) અથવા એકત્રિત કરેલ મારી/અમારી સંવેદનશીલ અથવા વ્યક્તિગત ડેટા અથવા માહિતી કે જેમાં મારા/અમારા કેવાયસી દસ્તાવેજોનો પણ સમાવેશ થાય છે, તેને આ દાવાની પ્રક્રિયા માટે અને/અથવા વધારાની સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે, પીએનબી મેટલાઈટ્ સાથે સંકળાયેલ અથવા સંલગ્ન કોઈપણ વ્યક્તિગત/સંસ્થા/ એન્ટિટી જેમાં રીઈન્સ્યોર્સ, દાવા તપાસ એજન્સીઓ, વેચનારાઓ અને ઔદ્યોગિક સંગઠનો/ફેડરેશનો વગેરે માટે ઉપયોગમાં લઈ શકે છે અથવા જાહેર કરી શકે છે.

**Indemnity/Undertaking/Warranty and Representations by the Claimant in lieu of original policy bond and document**

**મૂળ પોલિસી બોન્ડ અને દસ્તાવેજના બદલામાં દાવેદાર દ્વારા વળતર / અન્ડરટેકિંગ / વોરંટી અને રજૂઆતો**

I irrevocably inure, acknowledge, represent and undertake to the Company that the original policy contract is not pledged, mortgaged, assigned or otherwise created any adverse lien, title, interest over it either by the policyholder or by the legal heirs and I further undertake to destroy it as a null and void document post receipt of the full and final payment of the claim under the policy from the Company. I further undertake that the Company stands indemnified by me against all losses, claims whatsoever arising out of anything in relation to the dispensation of original policy contract or the representations/warranties herein. I completely understand and agree with the Company that it shall stand conclusively discharged from all the obligations arising out of this policy/ies upon making the payment to me, nominee, legal heir or successor of the policyholder/life assured.

હું કંપનીને અફઝાઈ રીતે મહાવતો કરી આપું છું, ખાતરી આપું છું, રજૂ કરું છું અને સમર્થન કરું છું કે મૂળ પોલિસી કરાર પોલિસી ધારક અથવા કાનૂની વારસદાર દ્વારા ગિરવે મૂકાયેલ, મોર્ગેજ કરાયેલ, સોંપાયેલ અથવા અન્યકોઈ રીતે લિયન, શીર્ષક કે તેના પર કોઈ હક્ક રચવામાં આવેલ નથી અને હું વધુમાં કંપની નરક્ષી પોલિસી હેઠળ દાવાની પૂર્ણ અને અંતિમ ચૂકવણીની પ્રાપ્તિ પછી આ પોલિસી દસ્તાવેજનો રદખાતલ અને અમાન્ય ગણીને નાશ કરવાનું હાથ ધરેલ છે. હું વધુમાં હાથ ધરું છું કે મૂળ પોલિસી કરારના વિતરણ અથવા આમાંની રજૂઆતો / વોરંટી સાથે જોડાણમાં ઉદ્ભવતા કોઈપણ બાબતમાં, તમામ નુકશાન, દાવાઓ બાબતે મારા દ્વારા ક્ષતિપૂર્ણ છે. હું સંપૂર્ણપણે સમજું છું અને કંપની સાથે સંમત છું કે મને, નોમિનીને, કાનૂની વારસદારને અથવા પોલિસી ધારક/વીમિત વ્યક્તિના અનુગામીઓને ચૂકવણી કર્યા બાદ આ પોલિસીઓ/ઓ માંથી ઉદભવતી તમામ જવાબદારીઓમાંથી કંપની સંપૂર્ણરિતે મુક્ત રહેશે.

I hereby acknowledge and agree that any incorrect, false, or misleading or deficit information furnished by me may result in the rejection of claim or the recovery of claim proceeds with cost and compensation as the case may be apart from civil and criminal liability on me and my assets.

હું અહીંથી સહમત થાઉં છું અને ખાતરી આપું છું કે મારા દ્વારા ભરવામાં આવેલી કોઈપણ ખોટી, અમાન્ય અથવા ગેરમાર્ગે દોરતી અથવા અધૂરી માહિતી મારા અને મારી મિલકતો પર આ કિસ્સો કાનૂની અને ફોજદારી જવાબદારી સિવાયનો હોઈ શકવાથી દાવાની અસ્થિવૃત્તતામાં પરિણમી શકે છે અથવા દાવાની વસૂલાત ખર્ચ અને વળતર સાથે આગળ વધી શકે છે.

Signature/ Thumb impression of Claimant/s

Date: \_\_\_\_\_

દાવેદાર/ઓના સહી/અંગૂઠાની છાપ

તારીખ: \_\_\_\_\_

Declaration to be made by third person where the claimant has affixed his/her thumb impression/has signed in Vernacular I hereby declare that, I have explained the contents of this application form to the claimant/s in \_\_\_\_\_ Language known to him/her/ them and have truly recorded the answers provided to me. I further declare that the Claimants has signed/affixed his/her/their thumb impression in my presence.

ત્રાહિત વ્યક્તિ દ્વારા કરવામાં આવતી ઘોષણા જ્યારે દાવેદાર તેની/તેણીની અંગૂઠાની છાપ લગાવે/તે/તેણી સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરે. હું અહીંથી જાહેર કરું છું કે, મેં દાવેદાર/ઓને \_\_\_\_\_ ભાષામાં કે જે તેને/તેણીને જાણીતી છે, આ અરજી પત્રકની તમામ બાબતો તેઓને સમજાવી છે અને મને પૂરા પાડવામાં આવેલ તમામ જવાબો સાચીરીતે નોંધેલ છે. હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે, દાવેદારોએ તેની/તેણીની/તેઓની અંગૂઠાની છાપ/સહી મારી હાજરીમાં કરેલ છે.

Name: \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_

નામ: \_\_\_\_\_

સંપર્ક નં. \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

સહી \_\_\_\_\_

CREDIT ACCOUNT STATEMENT (Below fields to be filled mandatorily by the Group Master policy holder)	
ક્રેડિટ એકાઉન્ટ સ્ટેટમેન્ટ (ગ્રુપ માસ્ટર પોલિસી ધારક દ્વારા નીચેના ક્ષેત્રો ફરજિયાતપણે ભરવા)	
1) Name of the Group Master policy holder ગ્રુપ માસ્ટર પોલિસી ધારકનું નામ	
2) Group Master policy number ગ્રુપ માસ્ટર પોલિસી નંબર	
3) Name of the Insured Member વીમાધારક સભ્યનું નામ	
4) Loan Account number લોન એકાઉન્ટ નંબર	
5) Loan Disbursement date લોન વિતરણ તારીખ	
6) Date of Commencement of Risk જોખમની શરૂઆત થયાની તારીખ	
7) Sum Assured for which the member of the Group Insurance Policy was Insured વીમાની રકમ જેના માટે ગ્રુપ વીમા પોલિસીના સભ્યનો વીમો લેવામાં આવ્યો હતો	
8) Original amount of Loan લોનની મૂળ રકમ	
9) Particulars of the recoveries made by the Master Policy Holder towards the Loan માસ્ટર પોલિસી ધારક દ્વારા લોન પ્રત્યે કરાયેલ વસૂલાતની વિગતો	
10) Outstanding Loan amount as on Date of Death of Member સભ્યના મૃત્યુની તારીખે બાકી લોનની રકમ	
11) Balance claim amount (Amount payable to Nominee) દાવાની બાકી રકમ (નોમિનીને ચૂકવવાપાત્ર રકમ)	

We hereby declare that, Late \_\_\_\_\_, whose Death Certificate is attached hereto was a member of the Group Policy referred above. We hereby confirm that, the particulars mentioned above are true, correct and complete in all respects. We undertake to refund any amount which got credited to our account either in excess or not due to us, at any time, for any reason.

અમે અહીંથી જાહેર કરીએ છીએ કે, સ્વ. \_\_\_\_\_, કે જેઓનું મૃત્યુનું પ્રમાણપત્ર અહીં જોડેલ છે તેઓ ઉપર દર્શાવેલ સમૂહ પોલિસીના એક સભ્ય હતા. અમે અહીંથી ખાતરી આપીએ છીએ કે, ઉપર દર્શાવાયેલ તમામ વિગતો સાચી, ખરી અને તમામ બાબતે સંપૂર્ણ છે. એવી કોઈપણ રકમ કે જે અમારા ખાતામાં વધુમાં અથવા અમારી બાકી ના હોય તેવી જમા થયેલ હશે તો, કોઈપણ સમયે, કોઈપણ કારણ માટે પરત કરવા અમે બંધાયેલ છીએ.

Verified & Recommended by  
ના દ્વારા ચકાસાયેલ અને ભલામણ કરાયેલ

Group Policy Holder Name [Company Seal]  
સમૂહ પોલિસી ધારકનું નામ [કંપનીનો સિક્કો]

Name:  
નામ:  
Date:  
તારીખ:

Signature of the official  
અધિકૃત વ્યક્તિની સહી

**Documents required:**

**જરૂરી દસ્તાવેજો:**

- Copy of a Valid death certificate issued by local authority  
સ્થાનિક ઓથોરિટી દ્વારા ઈશ્યૂ કરાયેલ માન્ય મૃત્યુ પ્રમાણપત્રની નકલ
- Current Address Proof of the Nominee  
નોમિનીના વર્તમાન સરનામાનો પુરાવો
- Photo Identity Proof of the Nominee  
નોમિનીનો ફોટો ઓળખનો પુરાવો
- Cancelled Cheque/Copy of Bank Passbook  
કેન્સલ કરવામાં આવેલ ચેક/બેન્ક પાસબુકની નકલ
- In case the death is due to accident, any one of the below mentioned documents needs to be submitted along with proof of death: Copy of Final police investigation report, Inquest report or Panchnama and the postmortem report  
મૃત્યુ અકસ્માતને કારણે થયું હોય તે કિસ્સામાં, નીચે દર્શાવેલ દસ્તાવેજોમાંથી કોઈપણ એક મૃત્યુના પુરાવા સાથે સબમિટ કરવાની જરૂર પડે છે: અંતિમ પોલીસ તપાસ રિપોર્ટ, તપાસ રિપોર્ટ, પૂછપરછ રિપોર્ટ અથવા પંચનામા અને પોસ્ટમોર્ટમ રિપોર્ટની નકલ
- Obituary/Newspaper cutting (if available)  
મૃત્યુનોંધ/અખબારનું કટિંગ (જો ઉપલબ્ધ હોય તો)
- Viscera / Chemical analysis report (if applicable)  
વિસેરા / રાસાયણિક વિશ્લેષણ રિપોર્ટ (જો લાગુ હોય તો)
- Legal heir/Succession certificate in case of absence of nominee  
નોમિનીની ગેરહાજરીના કિસ્સામાં કાનૂની વારસદાર/ ઉત્તરાધિકાર અંગેનું પ્રમાણપત્ર
- Loan outstanding statement as on date of death and credit Account Statement in the standardized format from the bank  
મૃત્યુની તારીખના રોજ લોનનું આઉટસ્ટેન્ડિંગ સ્ટેટમેન્ટ અને બેંક તરફથી પ્રમાણભૂત ફોર્મેટમાં ક્રેડિટ અકાઉન્ટ સ્ટેટમેન્ટ
- Nominee declaration statement in the standardized format in case authorization from life assured was not taken at the proposal stage (Old policies)  
જો પ્રસ્તાવના તબક્કે લાઈફ એશ્યોર્ડ પોલિસી અધિકૃતતા લેવામાં ન આવી હોય તો પ્રમાણભૂત ફોર્મેટમાં નોમિનીનું ડિક્લેરેશન સ્ટેટમેન્ટ (જૂની પોલિસીઓ)
- Covering letter from the concerned Social Sector Group confirming membership of the deceased and his / her death.  
મૃતકનું સભ્યપદ અને તેમના/તેણીના મૃત્યુની પુષ્ટિ કરતો સંબંધિત સામાજિક ક્ષેત્રના જૂથનો કવરિંગ લેટર.
- Certificate of Insurance  
વીમાનું પ્રમાણપત્ર
- Age proof of the Insured  
વીમાધારકની ઉંમરનો પુરાવો