

E. PERNYATAAN / DECLARATION

1. Saya, termasuk setiap pihak yang menandatangani surat permohonan asuransi dan formulir lainnya (Pemilik Polis, Tertanggung dan pihak yang ditunjuk) ("Saya") yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Saya juga menyatakan, dengan telah dilakukannya pembayaran oleh PT Avrist Assurance ("Perusahaan"), maka Saya membebaskan Perusahaan dari segala tuntutan hukum dari pihak manapun, termasuk dari pihak ahli waris atau pihak yang ditunjuk, berkaitan dengan klaim asuransi ini.
I, including all parties who have signed the insurance application and other related forms (the Policyholder, the Insured, and the designated parties) ("I"), hereby declare that I have read, understood, and answered all questions completely and truthfully. I also declare that, upon the payment made by PT Avrist Assurance ("the Company"), I release the Company from any legal claims by any party, including heirs or designated parties, in relation to this insurance claim
2. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad baik dalam pengajuan Klaim. Oleh karena itu, Saya menyatakan dan menyetujui bahwa Saya wajib:
I understand that I have an obligation to act in utmost good faith in submitting the Claim. Therefore, I declare and agree that I am obligated to:
 - a. Mengungkapkan semua fakta material, yaitu informasi, jawaban, keterangan, keadaan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Perusahaan dalam menerima atau menolak suatu permohonan klaim; dan
Disclose all material facts, including information, answers, explanations, circumstances, and facts that may influence the Company's consideration in accepting or rejecting a claim application; and
 - b. Memberikan pernyataan yang benar mengenai hal-hal yang berkaitan dengan permohonan klaim, baik pada saat pengajuan [permohonan asuransi/pemulihan polis/penambahan manfaat asuransi, penambahan uang pertanggungan dan/atau klaim] maupun selama berlakunya Polis.
Provide true statements regarding matters related to the claim application, both at the time of submitting the [insurance application/policy reinstatement/addition of insurance benefits, increase of sum assured and/or claim], as well as during the validity period of the Policy.
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi, jawaban, dan/atau keterangan yang Saya berikan dalam surat permohonan asuransi, formulir pemulihan Polis (jika ada), formulir penambahan manfaat asuransi dan/atau penambahan uang pertanggungan (jika ada) ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Perusahaan ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim, adalah lengkap, benar, akurat, terkini dan sesuai dengan kenyataan, dan tidak ada informasi, jawaban, dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
I declare and warrant that all information, answers, and/or statements I have provided in the insurance application form, policy reinstatement form (if any), additional insurance benefit and/or sum assured increase form (if any), as well as any other forms and documents required by the Company ("Application Documents") as part of the claim submission, are complete, true, accurate, up-to-date, and in accordance with the facts, and that no information, answers, and/or statements have been withheld by me, whether intentionally or unintentionally.
4. Apabila informasi, jawaban dan/atau keterangan tersebut dalam butir (3) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan, atau terdapat informasi, jawaban dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** bahwa Perusahaan berhak melakukan hal-hal berikut ini:
If the information, answers, and/or statements referred to in point (3) are found to be incomplete, untrue, inaccurate, outdated, and/or inconsistent with the facts, or if any information, answers, and/or statements have been concealed, I AGREE AND CONSENT that The Company shall have the right to take the following actions:
 - a. Menolak setiap klaim yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
Reject any submitted claim and refuse to pay all or part of the Insurance Benefits;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Pertanggungan Tambahan);
Cancel the Policy (either in its entirety or limited to the Additional Coverage);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Pertanggungan Tambahan) tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi;
Terminate the Policy (either in its entirety or limited to the Additional Coverage) without any obligation to refund the Premium and/or Insurance Fees;
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Pertanggungan Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar;
Reassess the risk (re-underwriting) and impose additional terms and conditions on the Policy (whether the Base Policy and/or any Additional Coverage), including adding exclusions to the Policy, adjusting the sum assured, and/or modifying the amount of Premium or Insurance Fees payable;
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi jika, sebagai hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Perusahaan juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Investasi] yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; dan/atau
Collect any outstanding Premium and/or Insurance Fees if, as a result of the re-underwriting process, the amount of Premium and/or Insurance Fees payable is higher than that stated in the Policy. The Company shall also have the right to offset such outstanding payments against the [Investment Value] in my Policy and/or the Insurance Benefits to be paid; and/or
 - f. Menagih kembali kepada Saya atas semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Perusahaan
Reclaim from me all Insurance Benefits that have been paid, in accordance with the terms and policies of The Company.
5. Sehubungan dengan hak Perusahaan untuk membatalkan atau mengakhiri Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
In relation to The Company's right to cancel or terminate the Policy as mentioned above, I hereby affirm that:

- a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Perusahaan jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir (4) ;
My signing of this Claim Form constitutes my consent to the cancellation or termination of the Policy by The Company if any of the circumstances described in point 4 of this Claim Form occur;
- b. Menyepakati bersama dengan Perusahaan untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, sehingga pembatalan atau pengakhiran Polis dapat dilakukan tanpa putusan pengadilan, sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan hukum yang berlaku.
Mutually agree with the Company to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code, so that the cancellation or termination of the Policy may be carried out without a court ruling, provided that it does not conflict with the applicable laws and regulations.

TANDA TANGAN PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S SIGNATURE

Tanggal Tanda Tangan / Date of Signature / /
 Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

F. DOKUMEN YANG DIMINTA UNTUK PROSES KLAIM / DOCUMENTS WHICH ARE REQUIRED FOR THE CLAIM PROCESS

Dokumen Asli (Wajib) / Original Document (Mandatory):

1. Formulir Klaim Yang Diisi lengkap oleh Pengaju Klaim /
Claim Form Completed by Claimant ☐
2. Surat Keterangan Dokter Yang Diisi lengkap oleh Dokter
 Pemeriksa/ *Doctor's Certificate which is filled out completely by the
 examining doctor* ☐
3. Kuitansi Perawatan Rumah Sakit / *Hospitalization Receipts from Hospital* ☐
4. Surat Kronologis Kejadian / *Chronology Letter* ☐
5. Surat Koordinasi Manfaat dari Penjamin Pertama / *Coordination
 of Benefit Letter came from first Insurer* ☐
6. Surat Pernyataan / *Statement Letter* ☐
- * ☐
- * ☐
- * ☐

Dokumen Salinan / Copy Document

1. Hasil laboratorium & pemeriksaan penunjang diagnostik /
Diagnostic Test Report ☐
2. Rincian biaya perawatan, obat-obatan / *Details of Final Bills* ☐
3. Kartu identitas Tertanggung / *ID Card of Insured* ☐
4. Kartu identitas Pemilik Polis / *ID Card of Policy Owner* ☐
5. Paspur / *Passport* ☐

CATATAN: Avrist (melalui Claim Dept.) dapat meminta dokumen lain apabila dibutuhkan.
 NOTE: Avrist (through Claim Dept.) has right to ask additional documents if needed.