

WORKMEN'S COMPENSATION PROPOSAL FORM
GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM BỒI THƯỜNG CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG

Intermediary/Trung gian bảo hiểm: _____ **Account No./Mã số:** _____
Tel No./Số điện thoại: _____ **Fax No./Số fax:** _____
Email/Thư điện tử: _____

Please write or tick where applicable.
Xin vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng cách viết hoặc đánh dấu vào nơi tương ứng.

1. The Proposer/Người yêu cầu bảo hiểm

Registered Business name/Tên đăng ký kinh doanh: _____

Mailing address/Địa chỉ giao dịch: _____

Tel No./Số điện thoại: _____ Fax No./Số fax: _____

Email/Thư điện tử: _____

Nature of Business (Please provide full description)/Ngành nghề kinh doanh (xin miêu tả chi tiết): _____

Tax Number/ Mã số thuế _____

Business Registration No./Số đăng ký kinh doanh: _____

Number of Years in Business/Số năm hoạt động kinh doanh: _____

2. Period of Insurance/Thời hạn bảo hiểm: From/Từ: _____ To/Đến: _____

3. The Premises to be insured/Địa điểm có yêu cầu bảo hiểm

Location/Địa điểm: _____

Use of Premises/Mục đích sử dụng của địa điểm:

Office Building/Tòa nhà văn phòng

Apartment Building/Tòa nhà Căn hộ

Hotel/Khách sạn

Commercial Centre/Trung tâm Thương mại

Shop/Cửa hàng

Restaurant/Nhà hàng

Dwelling/Nhà ở

Warehouse/Nhà kho

Manufacturing/Xưởng sản xuất

Engineering/Công trình xây dựng

Others, please specify/Khác, xin nêu rõ: _____

Head Office: Vincom Office Building, 18th Floor
45A Ly Tu Trong Street, District 1
Ho Chi Minh City, Vietnam
Tel: (84-28) 38 125 125
Fax: (84-28) 38 125 018

Hanoi Branch Office: Lotte Center Building, East Tower, 10th Floor
54 Lieu Giai, Ba Dinh District
Hanoi, Vietnam
Tel: (84-24) 37 557 111
Fax: (84-24) 37 557 066

4. Declaration of Wages/Chi tiết về tiền lương

No. of Employees Số lượng lao động	Occupation Class Loại Nghề nghiệp	Estimated Annual Earnings (USD/VND) Thu nhập ước tính năm (USD/VND)

5. Sums Insured/Số tiền Bảo hiểm

USD

VND

(a) Capital Sum Insured/Số tiền bảo hiểm chính: 30 months salary 30 tháng Others, please state: _____ Khác, đề nghị ghi rõ

(b) Loss of Salary during Medical treatment/ Mất thu nhập trong quá trình Điều trị Y tế

- Limit of Compensation: monthly salary lương tháng Others, please state: _____ Khác, đề nghị ghi rõ

- Number of months selected: 6 months 6 tháng 12 months 12 tháng Others, please state: _____ Khác, đề nghị ghi rõ

- Medical Expenses: US\$500 US\$1,000 Others, please state: _____ Khác, đề nghị ghi rõ

6. Additional Information/Các thông tin bổ sung

(a)	Are any workers involved in manual works in connection with installation, erection, repair, maintenance, testing, demolition or construction? Người lao động có làm các công việc chân tay liên quan đến lắp đặt, lắp ráp, sửa chữa, bảo dưỡng, chạy thử, phá hủy hay xây dựng không?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(b)	Are any workers involved on works at height of more than 30 feet above floor or ground level? If Yes , will there be any scaffolding work &/or other related activities? Người lao động có làm việc ở độ cao trên 30 feet (tương đương trên 9m) so với mặt đất hoặc mặt sàn không? Nếu Có , có công việc nào sử dụng đến giàn giáo và/hoặc các hoạt động có liên quan khác không?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(c)	Are any workers involved in works involving explosives, dangerous or toxic chemicals? Người lao động có phải làm các công việc có liên quan đến chất nổ hoặc các hóa chất nguy hiểm độc hại không?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(d)	Are any workers involved in excavation works, work in manholes or tunnels etc? Người lao động có phải làm các công việc liên quan đến đào bới, làm việc trong các lỗ cống hoặc đường hầm không?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(e)	Are any workers involved in using heavy industrial machines that involve cutting, pressing, grinding etc? Người lao động có làm các công việc liên quan đến máy công nghiệp nặng có liên quan đến việc cắt, ép, nghiền... không?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(f)	Are any workers involved in lifting or hoisting operations?	<input type="checkbox"/> Yes/Có

	Người lao động có làm các công việc liên quan đến việc vận hành máy nâng hay cần trục không?	<input type="checkbox"/> No/Không
(g)	Are any workers required to work on board vessels? If Yes , what is the maximum number of employees on board any vessel any one time? Người lao động có phải làm việc trên tàu thủy không? Nếu Có , xin cho biết số lao động tối đa làm việc trên tàu tại một thời điểm? _____ employee/số lao động	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(h)	Will there be any diving &/or related underwater activities pertaining to your business? Người lao động có phải lặn hoặc làm các công việc dưới nước không?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(i)	Does the building adjoin any other premises? If Yes , please state its nature of business. Tòa nhà có nối liền với khu nhà xưởng nào khác không? Nếu Có , xin cho biết ngành nghề kinh doanh tại khu nhà xưởng đó. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(j)	Is there any insurance in force covering the same exposure being proposed? Có hợp đồng bảo hiểm nào khác đang có hiệu lực để bảo hiểm cho cùng rủi ro đang có yêu cầu bảo hiểm theo Giấy yêu cầu bảo hiểm này không? If Yes , please state/ Nếu Có , xin cho biết: (i) Name of Insurer: _____ Tên công ty bảo hiểm. (ii) Insurance Period: _____ Thời hạn bảo hiểm. (iii) Estimated Annual Earnings (USD/VND): _____ Thu nhập ước tính năm	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không
(k)	Has any insurance company ever/Có công ty bảo hiểm nào đã từng: (i) declined your Workmen's Compensation Proposal? từ chối Giấy yêu cầu bảo hiểm bồi thường cho người lao động của quý vị? (ii) required special terms to insure you? áp dụng điều kiện đặc biệt trong bảo hiểm của quý vị? (iii) cancelled or refused to renew your Workmen's Compensation Policy? hủy bỏ hay từ chối tái tục bảo hiểm bồi thường cho người lao động của quý vị?	<input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không <input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không <input type="checkbox"/> Yes/Có <input type="checkbox"/> No/Không

7. Claims Experience/Lịch sử khiếu nại

Please give particulars of claims that have been made against you (or are pending) during the last 5 years:
Trong 5 năm gần đây, Công ty có bị khiếu nại không (kể cả khiếu nại chưa giải quyết)? **Nếu Có**, xin cho biết chi tiết:

Date of Loss Ngày xảy ra thiệt hại	Nature of Loss Bản chất của thiệt hại	Amount Claimed (USD/VND) Số tiền khiếu nại (USD/VND)
---------------------------------------	--	---

8. Details of Expiring Insurance/Chi tiết về bảo hiểm sắp đáo hạn

Please provide the following information/Xin vui lòng cung cấp các thông tin sau:

- (a) Insurer: _____
Công ty bảo hiểm
- (b) Annual Premium (USD/VND): _____
Phí bảo hiểm năm
- (c) Deductible (USD/VND): _____
Mức miễn thường
- (d) Special Terms and Conditions: _____
Các điều kiện và điều khoản đặc biệt
- (e) Expiry Date/Ngày đáo hạn: _____

9. Mode of Payment/Phương thức thanh toán

- Bank transfer / chuyển khoản Cash at the Company / nộp tiền mặt tại Công ty Bảo hiểm
- Cash via Agent or Sales staff / nộp tiền mặt cho Đại lý hay cho nhân viên bán hàng của Công ty Bảo hiểm

10. Language of the Policy/ Ngôn ngữ Hợp Đồng

- English / Tiếng Anh Vietnamese / Tiếng Việt

Declaration/Cam kết

1. WE/I DO HEREBY REPRESENT AND WARRANT that the answers/information given above in every respect are true, complete and correct. We/I agree that the answers/information provided above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and ourselves/myself. We/I have received, read, understand and agree to the Company's applicable WORKMEN'S COMPENSATION INSURANCE policy wording, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein. We/I hereby agree that the Company can (i) send information on its products and services as well as other customer services' information, to our phone numbers and/or email/mail addresses and (ii) provide all information relating to any third party vendors that provide data processing, back-up and/or storage services to the Company.

CHÚNG TÔI/TÔI ĐOÀN KẾT RẰNG những câu trả lời và thông tin cung cấp cho Công Ty là chính xác, đầy đủ và có thật. Chúng tôi/Tôi đồng ý rằng các câu trả lời và thông tin nêu ở đây là cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm giữa Chúng tôi/Tôi và Công ty. Chúng tôi/Tôi đã nhận được, đã đọc và hiểu, và đồng ý với bản Quy tắc bảo hiểm BỒI THƯỜNG CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG của Công ty đang áp dụng bao gồm cả các điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ và các điều kiện liên quan. Chúng tôi/Tôi đồng ý cho Công Ty (i) gửi các thông tin và giới thiệu về sản phẩm và dịch vụ của Công Ty, cũng như các thông tin chăm sóc khách hàng khác, đến số điện thoại và/hoặc địa chỉ liên lạc của Chúng tôi/Tôi và (ii) gửi và lưu trữ các thông tin liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm này tại các bên thứ ba làm dịch vụ xử lý, lưu trữ và/hoặc sao lưu dữ liệu cho Công Ty."

SANCTION LIMITATION EXCLUSION : "Liberty shall not provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose Liberty to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United State of America"

ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ LIÊN QUAN GIỚI HẠN CẤM VẬN: "Liberty sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào dưới đây nếu như việc việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Liberty vi phạm bất kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chúng Quốc Hoa Kỳ"

Date/Ngày

(Name and signature of proposer and company chop)
Người yêu cầu bảo hiểm (Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

The liability of the Company does not commence until this Proposal has been accepted by the Company.

Trách nhiệm của Công ty sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu bảo hiểm này đã được Công ty chấp thuận.