

**PERSONAL ACCIDENT PROPOSAL FORM**  
**GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM TAI NẠN CON NGƯỜI**

**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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Office Building/Tòa nhà văn phòng              | <input type="checkbox"/> Apartment Building/Tòa nhà Căn hộ      |
| <input type="checkbox"/> Hotel/Khách sạn                                | <input type="checkbox"/> Commercial Centre/Trung tâm Thương mại |
| <input type="checkbox"/> Shop/Cửa hàng                                  | <input type="checkbox"/> Restaurant/Nhà hàng                    |
| <input type="checkbox"/> Dwelling/Nhà ở                                 | <input type="checkbox"/> Warehouse/Nhà kho                      |
| <input type="checkbox"/> Manufacturing/Xưởng sản xuất                   | <input type="checkbox"/> Engineering/Công trình xây dựng        |
| <input type="checkbox"/> Others, please specify/Khác, xin nêu rõ: _____ |   |

**Head Office:** Vincom Office Building, 18<sup>th</sup> 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, 10<sup>th</sup> Floor  
 54 Lieu Giai, Ba Dinh District  
 Hanoi, Vietnam  
 Tel: (84-24) 37 557 111  
 Fax: (84-24) 37 557 066

**4. Type of Contract/Loại hợp đồng bảo hiểm**

1. Cover for all employees of the Business subject to quarterly declaration and premium adjustment.  
Bảo hiểm cho tất cả nhân viên của doanh nghiệp với điều kiện khai báo và điều chỉnh phí theo quý.

Yes/Có       No/Không

If **Yes**, please provide groupings of employees and sums insured for each group as No.5 below.  
Nếu **Có**, đề nghị kê khai phân nhóm và số tiền bảo hiểm cho mỗi nhóm nhân viên tại mục 4 dưới đây.

2. Cover for only selected employees/Chỉ bảo hiểm cho nhân viên theo lựa chọn.       Yes/Có     No/Không  
If **Yes**, please provide list of insured persons as per No.10. Nếu **Có**, đề nghị cung cấp danh sách nhân viên được bảo hiểm theo mục số 12.

**5. Cover for all employees/ Bảo hiểm cho tất cả nhân viên**

Group Nhóm	Group Description Miêu tả Nhóm	No. of insured persons Số NĐBH	Sums Insured/Số tiền Bảo hiểm			
			<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> VND			
			Death/Permanent Disablement Tử vong/Thương tật vĩnh viễn	Temporary Disablement Thương tật tạm thời		Medical Expenses Chi phí y tế
Month Limit/Hạn mức tháng	Number of months/số tháng					

**6. Extensions/Mở rộng bảo hiểm**

(a) Motor Cycling / Đi xe gắn máy       Yes/Có       No/Không

(b) Worldwide/Trên toàn thế giới       Yes/Có       No/Không

**7. Accident History/Lịch sử Tai nạn**

Please give particulars of all accidents during the last 5 years/Xin cho biết chi tiết về tất cả các tai nạn trong 5 năm gần đây:

**Date of Accident**  
Ngày xảy ra Tai nạn

**Nature of Accident**  
Bản chất của Tai nạn

**Amount of Loss (USD/VND)**  
Số tiền Tồn thất (USD/VND)

---

---

---

---

**8. Insurance History/Lịch sử bảo hiểm**

Has any insurance company ever/Đã có công ty bảo hiểm nào từng:

- (a) declined your Personal Accident Proposal?  Yes/Có  No/Không  
từ chối Giấy yêu cầu bảo hiểm tai nạn cá nhân của quý vị?
- (b) required special terms to insure you?  Yes/Có  No/Không  
áp dụng điều kiện đặc biệt trong bảo hiểm của quý vị?
- (c) cancelled or refused to renew your Personal Accident Policy?  Yes/Có  No/Không  
hủy bỏ hay từ chối tái tục bảo hiểm tai nạn cá nhân của quý vị?

**9. 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) Sum Insured (USD/VND): \_\_\_\_\_  
Số tiền bảo hiểm
- (c) Annual Premium (USD/VND): \_\_\_\_\_  
Phí bảo hiểm năm
- (d) Deductible: \_\_\_\_\_  
Mức miễn thường
- (e) Special Terms and Conditions: \_\_\_\_\_  
Các điều kiện và điều khoản đặc biệt
- (f) Expiry Date/Ngày đáo hạn: \_\_\_\_\_

**10. 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

**11. 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 PERSONAL ACCIDENT 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 ĐỒNG Ý 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 TAI NẠN CON NGƯỜI 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.”

**2.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 CẢM 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 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.

**12. Cover for only selected employees/Chỉ bảo hiểm cho nhân viên theo lựa chọn.**

**(Please attach separate List if the space is not sufficient/Xin đính kèm Danh sách nếu không đủ chỗ để kê khai).**

No Stt	Name Họ và tên	ID No. Số CMND	Occupation Nghề nghiệp	Sums Insured/Số tiền Bảo hiểm			
				<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> VND			
				Death/Permanent Disablement Tử vong/Thương tật vĩnh viễn	Temporary Disablement Thương tật tạm thời		Medical Expenses Chi phí y tế
Month Limit/Hạn mức tháng	Number of months/số tháng						