



YÊU CẦU BỒI THƯỜNG TỔN THẤT XE ÔTÔ/ MÔTÔ

***Lưu ý quan trọng:

- Xin vui lòng điền đầy đủ các thông tin trong Mẫu thông báo này và gửi về cho Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty ngay khi có thể sau tai nạn. Không được sửa chữa hay thay thế phụ tùng xe bị thiệt hại khi chưa có sự đồng ý của Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty, ngoại trừ đã có các thỏa thuận cụ thể trước.
- Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty không thừa nhận bất cứ trách nhiệm bồi thường nào trong thông báo này, nó được ban hành để Người được bảo hiểm trình bày yêu cầu bồi thường cho tổn thất bằng văn bản.

PHẦN I – THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/NGƯỜI KHAI BÁO*

Ngày thông báo: Tỉnh/Thành phố:

Họ và tên người khai báo:

Số CMND/Thẻ CCCD của người khai báo:

Địa chỉ:

Email: Điện thoại:

Phương thức nhận thông báo: Email Gọi điện Nhận thư qua bưu điện

(* xin lưu ý rằng các thông báo giải quyết bồi thường sẽ được chúng tôi gửi vào hộp thư điện tử theo thông tin địa chỉ email của người khai báo như trên)

Thông tin về Người Được Bảo Hiểm

Số hợp đồng:

Biển kiểm soát: Năm sản xuất: Loại:

Người Được Bảo Hiểm:

Số CMND/Thẻ CCCD: Ngày cấp: .../.../..... Nơi cấp:

Email: Điện thoại:

Địa chỉ:

Tên tài xế: Tuổi:

Số CMND/Thẻ CCCD: Ngày cấp: .../.../..... Nơi cấp:

Giấy phép lái xe số: Loại: Hiệu lực:

Địa chỉ: Điện thoại:

PHẦN II – CHI TIẾT VỀ TAI NẠN

(Nếu những tổn thất của Quý khách là bao gồm nhiều thời điểm tai nạn khác nhau, vui lòng khai báo chi tiết và cụ thể từng vụ như thông tin được yêu cầu bên dưới)

Tổn thất thứ 1.**Ngày xảy ra tổn thất:****Giờ:**

Địa điểm xảy ra tổn thất:

Có biên bản công an hay không? Có Không

Tai nạn xảy ra như thế nào:

Miêu tả về thiệt hại:

Tổn thất thứ 2.**Ngày xảy ra tổn thất:****Giờ:**

Địa điểm xảy ra tổn thất:

Có biên bản công an hay không? Có Không

Tai nạn xảy ra như thế nào:

Miêu tả về thiệt hại:

Tổn thất thứ 3.**Ngày xảy ra tổn thất:****Giờ:**

Địa điểm xảy ra tổn thất:

Có biên bản công an hay không? Có Không

Tai nạn xảy ra như thế nào:

Miêu tả về thiệt hại:
Tổn thất thứ 4.
Ngày xảy ra tổn thất: _____ Giờ: _____
Địa điểm xảy ra tổn thất:
Có biên bản công an hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tai nạn xảy ra như thế nào:
Miêu tả về thiệt hại:
Tổn thất thứ 5.
Ngày xảy ra tổn thất: _____ Giờ: _____
Địa điểm xảy ra tổn thất:
Có biên bản công an hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tai nạn xảy ra như thế nào:
Miêu tả về thiệt hại:
Có người bị thương hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Bao nhiêu người? _____
Có người chết hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Bao nhiêu người? _____

PHẦN III – CHI TIẾT VỀ BÊN THỨ BA (Bên có liên quan trong vụ tai nạn/tổn thất)		
Tên người lái xe:	Số CMND/Thẻ CCCD:	
Số bằng lái xe:	Loại bằng:	
Tên chủ xe:	Số CMND/Thẻ CCCD:	
Địa chỉ:	Điện thoại:	
Biển kiểm soát:	Năm sản xuất:	Loại:
Miêu tả về thiệt hại:		
Theo Quý Khách, mức độ lỗi gây ra tai nạn giữa các bên (<i>Quý khách – Bên thứ ba</i>)?		
<input type="checkbox"/> 0 – 100% <input type="checkbox"/> 25% – 75% <input type="checkbox"/> 50 – 50% <input type="checkbox"/> 100 – 0%		
Quý Khách có nhận bồi thường từ Bên thứ ba hay không?		
Tên công ty được bảo hiểm của Bên thứ ba:		

Yêu cầu bồi thường và đề xuất khác của Người Được Bảo Hiểm

Cam đoan: Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi tuân thủ mọi điều kiện, điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm và không có hành vi chủ đích gây ra tổn thất hay thiệt hại nói trên hoặc trục lợi bằng các hành vi gian dối hay cố ý bóp méo sự việc; và rằng các thông tin được khai báo trong thông báo này là sự thật và Tôi/Chúng tôi không giấu giếm, che đậy bất kỳ thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường này. Nếu có gì sai, Tôi/Chúng tôi chịu hoàn toàn trách nhiệm cho nội dung đã khai báo nêu trên.

Người được bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên, đóng dấu nếu là tổ chức)

Người khai báo
(Ký và ghi rõ họ tên)



CLAIM FORM FOR AUTOMOBILE/ MOTOR

*****Note:**

- Please complete the information in this form and return to Liberty as soon as possible after the accident. Do not repair or replacement of damaged Vehicles without the prior written consent of Liberty, unless specific arrangements have been made in advance.
- Liberty will not take any responsibility on this Claim report, this form is for the Insured only to request an inquiry of Incident.

PART I - INSURED/DECLARANT INFORMATION*

Date of notice:City/Province:

Full Name of Declarant:.....

Passport No:.....

Address:

Email: Telephone:

Received by: Email Telephone Post

(*Please note that the settlement notice will be sent to the e-mail box according to the email address of the declarant as above)

Information of the insured

Policy Number:

Plate no: Year of manufacture:..... Model:

The Insured:

Passport No..... Issued date.....Place of Issue.....

Email: Telephone:

Address:

Name's Driver:Year of birth:

Passport No:

Driving License no:Type: Effective:

Address: Telephone:

24/7 Customer Service Center

1800 599 998 (toll-free)
 Hotline@LibertyInsurance.com.vn
 www.LibertyInsurance.com.vn

Head Office

18th Floor, Vincom Office Building
 45A Ly Tu Trong, District 1, Ho Chi Minh City
 Tel: (84.28) 38 125 125 - Fax: (84.28) 38 125 018

II – LOSS INFORMATION**1st Loss.****Date of loss:****Time:**

Loss place:

Police report? Yes No

Description about reason of loss:

Description of loss:

2nd Loss.**Date of loss:****Time:**

Loss place:

Police report? Yes No

Description about reason of loss:

Description of loss:

3rd Loss.**Date of loss:****Time:**

Loss place:

Police report? Yes No

Description about reason of loss:

24/7 Customer Service Center☎ **1800 599 998** (toll-free)

Hotline@LibertyInsurance.com.vn

www.LibertyInsurance.com.vn

Head Office18th Floor, Vincom Office Building

45A Ly Tu Trong, District 1, Ho Chi Minh City

Tel: (84.28) 38 125 125 - Fax: (84.28) 38 125 018

Description of loss:
4th Loss.
Date of loss: _____ Time: _____
Loss place: _____
Police report? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Description about reason of loss:
Description of loss:
5th Loss.
Date of loss: _____ Time: _____
Loss place: _____
Police report? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Description about reason of loss:
Description of loss:

Having injured person?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	How many? _____
Having death person?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	How many? _____

24/7 Customer Service Center

 **1800 599 998** (toll-free)
Hotline@LibertyInsurance.com.vn
www.LibertyInsurance.com.vn

Head Office

18th Floor, Vincom Office Building
45A Ly Tu Trong, District 1, Ho Chi Minh City
Tel: (84.28) 38 125 125 - Fax: (84.28) 38 125 018

PART III - THIRD PARTY DETAILS (Party involved in the accident/loss)

Name's Driver:	Identification no:	
Driving License no:	Type:	
Owner of vehicle:	Identification no:	
Address:	Telephone:	
Plate no:	Year of manufacture:	Type:
Description of loss:		
According to you, the level of error caused the accident between the parties (you - the third party)?		
<input type="checkbox"/> 0 – 100% <input type="checkbox"/> 25% – 75% <input type="checkbox"/> 50 – 50% <input type="checkbox"/> 100 – 0%		
Do you receive compensation from a third party?		
Name's Insurance company of the third party:		

The insured's requisition

WE/I DO HEREBY DECLARE AND WARRANT that We comply with all conditions and terms of the Policy and do not commit the intentional cause of such loss or damage or profit by behavior. Cheating or intentionally distorting things; And that the information declared in this notice is true and I / We do not hide or cover any information regarding this claim. If anything goes wrong, I / We take full responsibility for the content declared above.

The insured
(Sign and write full name, stamp if organization)

Declarer
(Sign and write full name, stamp if organization)

24/7 Customer Service Center

 **1800 599 998** (toll-free)
Hotline@LibertyInsurance.com.vn
www.LibertyInsurance.com.vn

Head Office

18th Floor, Vincom Office Building
45A Ly Tu Trong, District 1, Ho Chi Minh City
Tel: (84.28) 38 125 125 - Fax: (84.28) 38 125 018