

ĐƠN YÊU CẦU BẢO HIỂM XE Ô TÔ - LIBERTY AUTOCARE

Đơn yêu cầu bảo hiểm:	Ngày phát hành:	Ngày hết hiệu lực:
Mã người khai thác:	Thời hạn bảo hiểm:	
Tên trung gian bảo hiểm:	Từ:	Đến:

THÔNG TIN KHÁCH HÀNG

Tên khách hàng:	Số CMND/Hộ chiếu:	Số VAT:
Địa chỉ:	Fax:	Địa chỉ email:
ĐT nhà:	ĐT cơ quan:	ĐT di động:

XE ĐƯỢC BẢO HIỂM

Biển kiểm soát:	Năm sản xuất:
Số chỗ ngồi:	Hiệu/Số loại xe:
Số máy:	Dung tích/Trong lượng:
Số khung:	
Mục đích sử dụng:	

CÔNG TY BÁN XE TRẢ GÓP / NGÂN HÀNG CHO VAY

Tên Công ty/Ngân hàng:	Chi nhánh:
Địa chỉ:	

PHẠM VI BẢO HIỂM ĐƯỢC YÊU CẦU

Phần 1. Vật chất xe	Số tiền bảo hiểm VND				
a) Mức miễn thường (VND)	<input type="checkbox"/> 1,000,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000	<input type="checkbox"/> 5,000,000	<input type="checkbox"/> 10,000,000	<input type="checkbox"/> khác
b) Tùy chọn	<input type="checkbox"/> Mất cấp bộ phận				

Phần 2. Trách nhiệm bên thứ ba	Thương tật thân thể	Thiệt hại tài sản	Tổng cộng
Phần trách nhiệm tự nguyện (VND)	Hạn mức 1 <input type="checkbox"/> 100,000,000/người/vụ	400,000,000/vụ	8,000,000,000/vụ
	Hạn mức 2 <input type="checkbox"/> 200,000,000/người/vụ	1,000,000,000/vụ	8,000,000,000/vụ
	Hạn mức 3 <input type="checkbox"/> 400,000,000/người/vụ	2,000,000,000/vụ	8,000,000,000/vụ

Phần 3. Tai nạn đối với người ngồi trên xe (VND) - Bắt buộc bảo hiểm cho tất cả các chỗ ngồi trên xe			
Hạn mức 1 <input type="checkbox"/>	100,000,000/chỗ ngồi	Hạn mức 3 <input type="checkbox"/>	400,000,000/chỗ ngồi
Hạn mức 2 <input type="checkbox"/>	200,000,000/chỗ ngồi	Khác <input type="checkbox"/>	

Phần 4. Bảo hiểm gia tăng	
Xe thay thế dùng tạm chờ sửa chữa	<input type="checkbox"/> Chương trình cơ bản - 7 ngày <input type="checkbox"/> Chương trình chuẩn - 15 ngày <input type="checkbox"/> Chương trình đầy đủ - 30 ngày cho Tồn thất toàn bộ/Mất cấp toàn bộ, 15 ngày cho Tồn thất bộ phận
Hỗ trợ cứu hộ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN	<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	<input type="checkbox"/> Nộp tiền mặt tại Công ty	<input type="checkbox"/> Nộp tiền thông qua Đại lý/Môi giới	<input type="checkbox"/> Khác, xin ghi rõ:
------------------------	---------------------------------------	---	---	--

NGÔN NGỮ TRÊN HỢP ĐỒNG	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh	<input type="checkbox"/> Tiếng Việt
------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

THÔNG TIN KHÁC	
----------------	--

LỜI CAM KẾT

CHÚNG TÔI/TÔI BẢNG GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM NÀY TUYÊN BỐ VÀ ĐOAN KẾT RẰNG những câu trả lời/thông tin trên về mọi phương diện là chính xác và đúng sự thật và Chúng tôi/Tôi không che giấu bất cứ một thông tin nào có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận Giấy yêu cầu bảo hiểm này. Chúng tôi/Tôi đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này cùng với những cam đoan nói trên sẽ là cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm giữa Chúng tôi/Tôi và Công ty. Chúng tôi/Tôi cũng chấp thuận Hợp đồng bảo hiểm của Công ty theo các điều khoản, các loại trừ và điều kiện được thể hiện, được sửa đổi bổ sung hoặc được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm đó. Chúng tôi/Tôi theo đây 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 các thông tin liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm này đến Cơ Sở Dữ Liệu Bảo Hiểm Bắt Buộc Chủ Xe Cơ Giới."

Đại lý/Môi giới _____ Ngày _____

Người yêu cầu bảo hiểm (ký tên & đóng dấu công ty) _____ Ngày _____



Customer Service Center
OneCall 1800 599 998
 hotline@LibertyInsurance.com.vn
 www.LibertyInsurance.com.vn

Head Office
 15th Floor, Kumho Asiana Plaza
 39 Le Duan Street, District 1
 Ho Chi Minh City, Vietnam
 Tel: (84-8) 8 125 125
 Fax: (84-8) 8 125 018

Branch Office
 16th Floor, Hoa Binh International Towers
 106 Hoang Quoc Viet, Cau Gay District
 Hanoi, Vietnam
 Tel: (84-4) 37 557 111
 Fax: (84-4) 37 557 066

LIBERTY AUTOCARE APPLICATION

Proposal number :	Date of issue :	Date of expiry :
Producer code :	Period of insurance :	
Producer name :	From:	To:

CUSTOMER INFORMATION

Name:	ID or Passport No.:	VAT No :
Address:	Fax:	Email
Home Tel:	Office Tel:	Mobile Tel :

INSURED VEHICLE

Registration No:	Year :
Number of seats :	Make & Model :
Engine No. :	CC-Tonnage :
Chassis or VIN No. :	
Purpose of use: <input type="checkbox"/> Transportation business	<input type="checkbox"/> Non-transportation business

LIEN HOLDER / BANK LOAN

Name:	Branch :
Address:	

COVER REQUIRED

Section 1. Sum Insured on the Motor Vehicle		VND			
a) Deductible (VND)	<input type="checkbox"/> 1,000,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000	<input type="checkbox"/> 5,000,000	<input type="checkbox"/> 10,000,000	<input type="checkbox"/> other
b) Option	<input type="checkbox"/> Partial Theft				

Section 2. Third Party Liability		Bodily injury	Property Damage	Total
Voluntary Third Party Liability (VND)	Limit 1	<input type="checkbox"/> 100,000,000/person/occurrence	<input type="checkbox"/> 400,000,000/occurrence	<input type="checkbox"/> 8,000,000,000/occurrence
	Limit 2	<input type="checkbox"/> 200,000,000/person/occurrence	<input type="checkbox"/> 1,000,000,000/occurrence	<input type="checkbox"/> 8,000,000,000/occurrence
	Limit 3	<input type="checkbox"/> 400,000,000/person/occurrence	<input type="checkbox"/> 2,000,000,000/occurrence	<input type="checkbox"/> 8,000,000,000/occurrence

Section 3. Personal Accident (VND) - Must insure all seats			
Limit 1	<input type="checkbox"/> 100,000,000/seat	Limit 3	<input type="checkbox"/> 400,000,000/seat
Limit 2	<input type="checkbox"/> 200,000,000/seat	Others	<input type="checkbox"/>

Section 4. Additional Coverage			
Car Replacement	<input type="checkbox"/> Basic plan - 7 days		
	<input type="checkbox"/> Normal plan - 15 days		
	<input type="checkbox"/> Full plan - 30 days for Total Damage & Total Theft, 15 days for Partial Damage		
Assistant Service	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

PAYMENT MODE	<input type="checkbox"/> Bank transfer	<input type="checkbox"/> Cash at Company	<input type="checkbox"/> Cash to Agent/Broker	<input type="checkbox"/> others, please specify
---------------------	--	--	---	---

LANGUAGE OF THE POLICY	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Vietnamese
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

OTHER INFORMATION	
--------------------------	--

DECLARATION

WE/I DO HEREBY DECLARE AND WARRANT that the answers/information given above in every respect are true and correct and we/I have not withheld any information likely to affect the acceptance of this Proposal and we/I agree that this Proposal & Declaration shall be the basis of the Contract between the Company and ourselves/myself and we/I further agree to accept the Company's Policy subject to the terms, exclusions and conditions to be expressed therein, endorsed thereon or attached thereto. 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 this Policy to the Auto Compulsory TPL Insurance Database.

 Producer Signature Date

 Customer Signature & Company Stamp Date