

## TRAVEL CLAIM FORM

( THÔNG BÁO TỐN THẤT VÀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM DU LỊCH )

THIS FORM IS ISSUED WITHOUT ADMISSION OF LIABILITY AND IT MUST BE COMPLETED AND RETURNED TO US IMMEDIATELY, WHETHER OR NOT A CLAIM IS MADE ( Công ty Liberty Insurance Limited không thừa nhận bất cứ trách nhiệm bồi thường nào trong thông báo này, nó phải được điền đầy đủ thông tin và gửi về cho chúng tôi ngay khi có thể cho dù yêu cầu bồi thường có được chấp nhận hay không.)

CLAIM NO. (Office use only)

Branch (Chi nhánh):

Broker/Agent (Môi giới/Đại lý):

Address (Địa chỉ):

## INSURED/POLICYHOLDER (NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM)

Policy No.:(Số Hợp đồng bảo hiểm:)

Insurance Period:(Thời hạn bảo hiểm:)

From:(từ)

To:(đến)

Name of Insured:(Tên Người Được Bảo Hiểm:)

Gender (giới tính):

Occupation (Nghề nghiệp) :

Birthday (năm sinh):

Contact Address: (Địa chỉ liên lạc: )

Contact Person &amp; Tel. No.:(Tên người liên lạc &amp; Số điện thoại:)

Email Address :(Địa chỉ Email:)

Traveling with companion(s)? (Du lịch có người đi cùng?)

 : Yes (có) : No (Không)

If Yes, please provide details (Nếu có vui lòng ghi chi tiết):

Name (Ho tên người đi cùng)	Birthday (năm sinh)	Relationship (Mối quan hệ)	Gender (Giới tính)	Passport / ID Card No (Số Passport hoặc CMND)	Companion is insured by Liberty VN? (Có được bảo hiểm bởi Liberty VN?)

Beneficiary name (Tên người thụ hưởng tiền bồi thường):

Gender (giới tính):

Birthday (năm sinh):

Contact Address: (Địa chỉ liên lạc: )

Passport / ID Card No (Số Passport hoặc CMND) :

## PARTICULARS OF ACCIDENT/LOSS (THÔNG TIN VỀ TAI NẠN/TỐN THẤT)

Date of Accident/Loss:(Ngày xảy ra tai nạn/tổn thất:)

Time of Accident/Loss:(Thời gian xảy ra tai nạn/tổn thất:)

Place of Accident/Loss:(Địa điểm xảy ra tai nạn/tổn thất:)

Brief Description of Accident/Loss:(Xin vui lòng mô tả vắn tắt về tai nạn/tổn thất:)

## (a) Personal accident/Sickness - medical and related expense (Please attach original medical files and cost receipts or death certificate)

(a) Tai nạn / Ốm đau cá nhân - Chi phí y tế và chi phí liên quan (Đề nghị đính kèm bản gốc hồ sơ bệnh án và hóa đơn chi phí y tế hoặc giấy chứng tử)

1. Have you ever suffered the sickness/injury or a similar condition or a recurrence of a previous illness/injury?

(Bạn đã từng bị tình trạng tương tự hoặc bị tái phát bệnh / Thương tổn như vậy chưa?)

 Yes (Có) No (không)

IF yes, please specify: (Nếu có vui lòng ghi cụ thể)

2. Net amount claimed (Số tiền yêu cầu bồi thường):

USD

VND

3. Hospital and Doctor's name (Tên bệnh viện và bác sĩ điều trị):

## (b) Cancellation / Curtailment (Please attach documents from carrier / travel agent)

(b) Hủy chuyến / Cắt giảm chuyến đi (Đề nghị đính kèm tài liệu xác nhận từ hãng vận chuyển / Đại lý du lịch)

Booking time and place (Thời gian và địa điểm đặt vé)	Intended departure date (Ngày dự kiến khởi hành)	Date cancelled / curtailed (Ngày hủy / cắt giảm chuyến đi)	Cause (Nguyên nhân)	Remark (Ghi chú)

1. Amount paid by you (Số tiền bạn đã trả) :
2. Amount recovered from other sources (Số tiền thu về từ nguồn khác) :
3. Amount claimed (Số tiền yêu cầu bồi thường) :

**( c ) Luggage and Personal effects** (Please furnish police report, original purchase receipts and bills/receipts of repair cost)

 ( c ) **Hành lý và vật dụng cá nhân** (Đề nghị cung cấp bản khai báo công an, bản gốc chứng từ mua và hóa đơn sửa chữa)

Item / Description (Tên / Mô tả vật dụng)	Time and place of purchase (Thời gian và nơi mua)	Original purchase price (Giá mua gốc)	Cost of repair (Chi phí sửa chữa)	Depreciation for usage (Khấu hao hao mòn sử dụng)	Claim amount (Số tiền yêu cầu bồi thường)

**(d) Travel or fly delay** (Please attach letter from airlines/Carrier and boarding pass)

 (d) **Trễ chuyến đi hoặc chuyến bay** (Đề nghị đính kèm xác nhận của hãng vận chuyển và thẻ lên phương tiện vận chuyển)

Original travel or flight details (Chi tiết chuyến bay dự kiến)	Delayed travel or flight details (Chi tiết chuyến bay bị trễ)
Date (Ngày)	Date (Ngày)
Time (Giờ)	Time (Giờ)
Place of departure (Nơi khởi hành)	Place of departure (Nơi khởi hành)
Carrier or flight No (Số hiệu phương tiện vận chuyển)	Carrier or flight No (Số hiệu phương tiện vận chuyển)
Name of carrier or airlines (Tên hãng vận chuyển)	Name of carrier or airlines (Tên hãng vận chuyển)

**(e) Baggage delay** (Please attach boarding pass, baggage irregularity report, baggage acknowledgement slip and any other correspondence from the carrier or airlines)

 (e) **Chậm hành lý** (Đề nghị đính kèm thẻ lên phương tiện vận chuyển, báo cáo hành lý bất thường, biên nhận gửi hành lý và các chứng từ khác từ hãng vận chuyển)

Travel or flight details (Chi tiết chuyến đi)	Collection of delay baggage (Nhận lại hành lý trễ)
Arrival date (Ngày đến)	Date (Ngày nhận)
Arrival time (Giờ đến)	Time (Giờ nhận)
Place of arrival (Nơi đến)	Place (Nơi nhận)
Carrier or flight No (Số hiệu phương tiện vận chuyển)	
Name of carrier or airlines (Tên hãng vận chuyển)	

**OTHER INSURANCE (BẢO HIỂM KHÁC)**

Is there any other policy(ies) covering the Insured in respect of this accident? (Có các đơn bảo hiểm khác bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với tai nạn này không?)

 Yes (có)

 No (không)

If Yes, please give details (Nếu có xin vui lòng cho biết chi tiết):

**DECLARATION (Cam Đoan)**

I/we do solemnly and sincerely declare that the foregoing particulars are true and correct in every detail and I/we agree that if I/we have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statements of suppress conceal or falsely state any material fact whatsoever the Policy shall be void and all rights to recover thereunder in respect of past or future claims shall be forfeited.

(Tôi/chúng tôi tuyên bố rằng các thông tin kê khai trên đây là đúng và xác thực từng chi tiết. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng nếu tôi/chúng tôi khai báo sai sự thật hoặc lừa dối trong yêu cầu bồi thường hoặc các thông báo bổ sung về yêu cầu bồi thường đó, hoặc không thông báo, che dấu hoặc khai sai sự thật bất kỳ thông tin quan trọng nào, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị vô hiệu và mọi quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với các yêu cầu bồi thường trước đây hoặc sau này sẽ không có giá trị.)



**LIBERTY INSURANCE LIMITED**

Kumho Asiana Plaza, 15th fl.

39 Le Duan St., District 1

Ho Chi Minh City, Vietnam

Tel: (84-8) 38 125 125

Fax: (84-8) 38 125 018

I/we hereby authorize any hospital physician, other person who has attended or examined me, to furnish upon request to Liberty Viet Nam, or its authorized representative, any or all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

*(Tôi/chúng tôi bằng văn bản này cho phép bệnh viện, bác sĩ hoặc bất kỳ ai đã khám chữa bệnh cho tôi, cung cấp cho Liberty Việt Nam hoặc người đại diện theo ủy quyền của Liberty Việt Nam khi có yêu cầu bất kỳ hoặc toàn bộ các thông tin liên quan đến bệnh tật hoặc thương tổn của tôi, về quá trình chữa trị, khám bệnh kê toa hoặc điều trị, cùng toàn bộ bản sao của chứng từ y tế. Bản sao của giấy ủy quyền này cũng được coi như có hiệu lực và giá trị như bản chính.)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date (ngày)

\_\_\_\_\_  
Signature of the Insured

*(Người được bảo hiểm)*