독점적으로 PADI 아시아 퍼시픽 멤버들을 위한

2016/2017 PADI PRRA 통합 배상 책임

보험 신청서

V-INSURANCE GROUP
CORPORATE AUTHORISED REPRESENTATIVE OF Willis

당신에 관한 정보

다이브 센터 리조트 번호 _____

다이브 센터 이름: _____

주 센터의 장소: _____

우편 주소: _____

시: _____ 주/도: _____

국가: _____ 우편 번호: _____

전화: (____) _____ 핸드폰: _____

팩스: _____ 이메일: _____

하나 이상의 다이브 스토어를 소유하고 있습니까?

❑ **예** ❑ **아니오** (만약 "예"라면 구체적인 내용을 제공해 주십시오)

중요 추가적인 장소의 경우 이 신청서를 작성한 PRRA 멤버 명의 (소유)로 되어 있어야 합니다

다이브 스토어 번호 _____ 다이브 스토어 번호 _____

다이브 스토어 번호 _____ 다이브 스토어 번호 _____

다이브 스토어 번호 _____ 다이브 스토어 번호 _____

다이브 스토어 번호 _____ 다이브 스토어 번호 _____

정책 기간

커버는 귀하의 신청서가 V-보험 그룹에 접수되고 또 승인이 되고 처리되는 날짜부터 시작됩니다. 2017년 9월 30일 오후 4시에 보장 기간은 종료됩니다.

즉각적인 보장을 얻고 귀하의 PADI 강습/활동 상태를 얻기 위해 www.padiinsurance.com.au 로 접속하세요.

보험 비용

	2016	2017									
월				M		M					
호주 내 센터	1,334	1,198	1,065	934	803	671	539	407	75	143	
호주 외 센터	1,003	90	803	704	605	506	408	309	10	110	

보험 비용

지불할 총 보험 비용을 여기에다 삽입하시오.

AUD $ _____

모든 PADI 아시아 퍼시픽 보험 정책은 일반적으로 정해진 날짜 때문에 같은 종료 날짜인 2016년 9월 30일임을 유의하시기 바랍니다.

위의 보험 비용 테이블은 당신이 가입하는 달로부터 비용이 지불되며 2016년 9월 30일까지 정책이 유효합니다.

지급 청구 진술서

지급 청구로 이어질 수 있었던 사고 또는 보상을 보험회사에 신고하지 않은 것이 있습니까?

❑ 예 ❑ 아니오 (만약 예라면, 별도의 용지에 자세한 정보를 제공해 주세요)

이해 관계인

만약 당신이 보험 증명서에 게재하고자 하는 이해 관계인이 있다면 아래에 이름을 제공하시오:

1 _____ 3 _____

_____ 4 _____

PADI 교습 상태 / 활동 상태

다음의 국가에서 활동하는 멤버들은 손해 배상 및 책임 보험을 가지고 있는 것이 PADI 아시아 퍼시픽 멤버쉽 조건입니다; 호주, 피지, 프렌티 폴리네시아, 뉴 칼레도니아. V-보험과 PADI는 모든 PADI 멤버들이 지역에 관계없이 보험을 구입할 것을 권장하고 있습니다. 만약 여러분이 PADI 프로 통합 책임 보험이 아닌 다른 보험을 가지고 있다면 당신의 보험 증명서의 사본을 PADI 아시아 퍼시픽에 보내주십시오.

보장을 얻거나 갱신하기 위해서는

보장을 받거나 갱신을 활성화하기 위해서는, 신청서를 작성하시어 V-보험 그룹으로 팩스 또는 우편으로 송부하거나 또는 즉각적인 보장을 받기 위해 웹사이트 www.padiinsurance.com.au 에서 온라인으로 로그인 하십시오.

이메일: _____ **팩스:** 61 8599 8661 **우편:** _____

만약 신청서를 팩스로 보낸다면 팩스 전송 확인서를 보관하세요.

8, 8 _____, 123 Pitt Street _____ 000

중요: 이 신청서가 완전히 작성되고 V-보험 그룹에다 보험 비용 지불이 완료된 후에 보험이 적용됩니다. 이메일로 보험 증서와 정책 서류를 받게 될 것입니다.

뒷장으로 넘겨 신청서 작성을 완성해 주십시오.

제품 공개 진술서

통합 책임 보험 정책은 리버티 인터내셔널 언더라이터 (□□□r□□□□□r□□□□□□□□□□□d□r□r□□r□□□□□43□006□637□903□에서 발급되며 우리 웹사이트에서 볼 수 있거나 또는 요청에 따라 보내드릴 수 있습니다.□

이 신청서에 열거된 제품이 PADI에 의해 양도되지만 PADI는 보험 브로커가 아니며 또 스스로를 보험 브로커라고 대변하지도 않을 것입니다.

재정 서비스 가이드

V-보험 그룹 재정 서비스 가이드 (FSG)는 당신과의 중요한 관계에 대한 내용을 담고 있습니다. FSG 사본은 V-보험 그룹에 연락하거나 웹사이트 www.padiinsurance.com.au에서 다운로드 받을 수 있습니다.

취소

이 정책은 14일간의 냉각 기간 이내에 취소하지 않는 이상 취소 불가/환불 불가입니다. 이 정책은 지금 현재 당신이 인식하지 않는 미래의 책임 관련 소송으로부터 당신을 보호하기 위해 이렇게 고안되었습니다.

사생활 보호 선언

우리는 개인 정보를 수집하고, 사용하고, 발표하고, 다루는 기준이 되는 연방 정부의 사생활 보호법과 그 국가 사생활 원칙 (NPP's)에 보장을 받습니다. 여러분의 사생활을 존중하며 여러분이 더 이상 우리의 고객이 아닌 경우에도 여러분의 개인 정보를 보호하는데 의무가 있습니다. 사생활 정책은 요구하시면 보내드립니다.

고지 의무

이 의무는 보험 회사가 결정을 내리는데 관련된 것 중 당신이 알고 있는 모든 것을 말할 것을 요구하는 것입니다. 관련있는 사항이란 당신 또는 합리적인 사람이라면 같은 상황에서 관련 있는지 아닌지 알 수 있는 사항입니다. 당신은 보장이 발급되기 전에 갱신, 연장, 보험 정책을 변경하거나 복귀시키기 전에 보험 회사에 이러한 것들을 반드시 말해야만 합니다.

당신이 보험 회사에 알리지 않아도 될 사항들;

- 위험 감소할 것,
- 일반 상식인 것,
- 보험회사가 이미 알고 있거나 비지니스 상 이미 알고 있어야 할 것들, 또는
- 보험 회사가 알기 원치 않는 것을 표명했을 때

당신이 관련된 것 인줄 알고 있으면서 보험 회사에 말하지 않은 것들에 속하는 것은;

- 지급 청구를 거절당함
- 보상 지급 액 감소, 당신의 정책 취소 또는
- 일부 케이스는 당신의 정책이 아예 존재하지 않은 것으로 간주된 경우

고지 의무는 이 정책 보험에 가입된 모든 사람들에게 적용됩니다.

지불 방법

신용카드로 지불할 때

❑ 마스터 카드 ❑ □□□□ ❑ □M□□

비용 (앞장에 명기된 대로): AUD$_____

카드 번호:_____ 만료일: _____

CVV 번호: _____(비자, 마스터 또는 다이너스 카드의 뒷면 서명하는 곳 위에 있는 3자리 숫자이며, 아메리칸 익스프레스는 앞면 카드 번호 위에 있는 4자리 번호가 CVV입니다.)

카드 주인 이름:_____

서명: _____날짜: _____

수표로 지불할 때

❑ 수표에 표시된 금액 AUD$_____
(앞장에 계산한 금액 대로)

수표는 반드시 호주 달러로 호주 은행에서 V-보험그룹으로 반드시 지불될 수 있어야 합니다. 완전히 작성된 신청서와 수표를 위의 주소로 보내주시기 부탁 드립니다.

전신환으로 지불할 때 (TT)

V-보험 그룹 은행 정보를 얻기 위해, www.padiinsurance.com.au로 연락주세요. 여러분의 정책은 비용이 처리될 때 까지 유효가 되지 않을 것입니다.

호주 외에서의 세금/처리 비용은 신청자의 책임이며 보험 비용에 추가적으로 포함되어야 합니다.

체크리스트

❑ 신청서에 정확한 이름, 주소, 전화 번호, 팩스 번호, 이메일 주소를 입력

❑ 당신의 고지 의무에 관련된 정보를 저희에게 제공할 것을 확실히 하도록 부탁 드립니다.

❑ 적절한 대로 이해 관계인의 리스트를 제공했음

❑ 호주 달러 상당의 수표를 포함했거나 또는 완전한 신용카드 정보를 입력했음

❑ V-보험 그룹에다 팩스(팩스로 보내면 원본은 우편으로 보내질 말 것) 또는 우편으로 신청서를 보냈음.

❑ 사생활 보호 선언을 읽고 이해했음.

□□□□□r□□□□□□□□□□□