

保險申請書

2018/2019 PADI 專業責任保險組合保單 (PADI PROFESSIONALS COMBINED LIABILITY)



在 2018 年 9 月 28
日前申購，享受

\$10
折扣

詳細資料

PADI 會員編號： _____

名： _____

姓： _____

郵寄地址： _____

城市： _____ 州 / 省： _____

國家： _____ 郵遞區號： _____

電話： () _____ 手機： _____

傳真： _____ Email: _____

若你的郵寄地址與主要工作地點位在不同國家，請洽詢

你工作所在地的國家： _____

若在澳洲境內工作，請確認主要工作地點位在一個州： _____

保險要求

我要購買下列的保險（保障於 2019 年 9 月 30 日失效）：

責任保險組合

教練

潛水長 / 助理教練

主要工作在澳洲境內

澳幣 307 元

澳幣 240 元

主要工作地點在澳洲境外

澳幣 249 元

澳幣 165 元

小計澳幣 _____

潛水傷害和醫療運送保險

方案 A

澳幣 200 元

方案 B

澳幣 154 元

方案 C

澳幣 89 元

小計澳幣 _____

總額澳幣 _____

利害關係人

若想要將任何利害關係人列在保險證明上，請提供其姓名：

理賠聲明

過去 5 年內，在你的水肺潛水活動中的被保險人是否曾經提出過理賠申請？

是 否（若是，請詳述其內容）

是否有能申請理賠但尚未通知保險公司的狀況？

是 否（若是，請詳述其內容）

保險生效或更新

要使保險生效或更新，請造訪 www.padiinsurance.com.au 或付款後寄出填寫完成的申請書到：

Email: padi@vinsurancegroup.com

傳真： +61 2 8599 8661

寄給：

V-Insurance Group
Level 25 Angel Place,
123 Pitt Street
SYDNEY NSW 2000

若以傳真方式申請，
請確認收到
確認傳真的信息。

重要： 當 V-Insurance Group 收到填寫完成並簽名的申請書及正確付款後，你的保險才會生效。你會收到以電子郵件寄送的保險證明 及保單條款。

立即獲得保障並且更新你的 PADI 教學 / 有效身分，請前往

www.padiinsurance.com.au

PADI 教學 / 有效身分

PADI Asia Pacific 規定下列國家的會員必須投保專業責任險：澳洲、斐濟、法屬玻里尼西亞及新喀里多尼亞。V-Insurance 及 PADI 建議所有 PADI 會員，不論在哪個國家，都應投保。若你有 PADI 專業人士責任保險組合保單以外的保險，請將保險證明的複本提供給 PADI Asia Pacific。

產品批露聲明

「PADI 潛水傷害和醫療運送保險」是由 DUAL Australia 私人有限公司（澳洲金融服務證號 280193）發行，該保險計畫訂有授權合約，因此 DUAL 有權以勞合社（Lloyd's）特定保險公司代理人的身份行事。在你做出任何有關本產品的決定之前，請閱讀並參考「PADI 潛水傷害和醫療運送保險產品批露聲明」，該文件可上網至 www.padiinsurance.com.au 下載。

責任保險組合保單由 Liberty International Underwriters (ABN 43 006 637 903) 所發行，可以從我們的網站瀏覽，或是透過申請取得。

PADI Asia Pacific 並未藉由贊同本申請書所介紹之保險商品而自稱具合法執照的保險經紀公司。

金融服務指南

我們的金融服務指南（FSG）中涵括關於我們與你之關係的重要資訊。歡迎向 V-Insurance Group 索取 FSG，或上網下載，網址是 www.padiinsurance.com.au。

保單取消

除非是在 14 天內取消，該保單不能取消也不可退款。這份保單之所以如此設計是為了保障你的權益，以免日後發生任何不利於你但你目前還不知道的責任訴訟。

隱私聲明

本公司受《聯邦隱私權法及國家隱私條例》(NPP's) 規範，前述法規乃針對個人資料之收集、使用、公開與處理所制訂之標準。我們不會在服務相關以外之目的使用或公開個人資料。我們有義務維護客戶的機密。我們隱私政策乃應要求提供。

告知義務

你有義務告知保險公司任何會影響到他們決定接受你投保的有關情事，如果有的話，是根據什麼條款。只要你或事件中的合理當事人知道某情事有關，該事件即為有關情事。你必須在保險核發之前，以及續保、擴保、變更或復發保單時，告知保險公司這類情事。

你無須告知保險公司的事項如下：

- 降低風險之情事
- 一般知識
- 保險公司在業務過程中已知或應知的事
- 保險公司指出他們不想知道的事

如果你未告知保險公司任何你所知的有關情事，他們可以：

- 拒絕理賠
- 減少給付理賠或和解申請，撤銷你的保單，或
- 在某些案例中，可視你的保單從未存在過

告知義務適用於本保單所承保的每個人。

付款方式

信用卡付款

Mastercard VISA AMEX

費用（如同之前所列）：澳幣 _____ 元

卡號：_____ 有效月年：_____

CVV 認證碼：_____（Visa、Mastercard 及 Diners 等信用卡之

簽名欄後 3 碼。Amex 為印刷在卡片正面主要卡號上方之四位數號碼）

持卡人姓名：_____

聲明

我聲明本申請書所載之資料真實且正確，而且我沒有隱瞞任何相關資料。

全名：_____ 日期 _____

簽名：_____

請注意，若申請書有遺漏未填寫之處，將會寄還給你再完成填寫。

支票付款

附上澳幣金額 _____ 元的支票

（按之前項目計算保費）

請注意，必須開立給 V-Insurance Group 的記名、以澳幣為幣值、由澳洲的銀行付款的支票。

請將支票連同填寫完成的申請書一起寄回到上面所列之地址。

電匯 (TT) 付款

請參照我們的網頁 www.padiinsurance.com.au 以獲得 V-Insurance Group 的銀行資料。收到保費後，保單才會成立。

於澳洲境外所產生之稅捐由申請人負擔，並且不計入保費之內。

檢查清單

- 確認申請書上的姓名、地址、電話號碼、傳真號碼及電子郵件地址都正確。
- 請確認已提供我們關於你的告知義務的資料。
- 視情況列出利害關係人。
- 附上以澳幣支付的保費支票或詳細填寫的信用卡資料。
- 郵寄或傳真（若已傳真就不用再重複郵寄）給 V-Insurance Group。
- 確認已閱讀並瞭解隱私聲明。

V-Insurance Group, ABN: 67 160 126 509 AR No: 432898, 是 Willis Australia Limited 的授權代表 ABN: 90 000 321, AFSL No: 240600



V-INSURANCE GROUP
CORPORATE AUTHORISED REPRESENTATIVE OF Willis

聯絡我們

T +61 2 8599 8660
或免付費電話(限澳洲境內) 1300 945 547
E padi@vinsurancegroup.com
W www.padiinsurance.com.au

Level 25, Angel Place
123 Pitt Street
Sydney NSW 2000
澳洲