



保险申请



2024 PADI 专业人员综合责任险
保险期 - 2024 年 9 月 30 日至 2025 年 9 月 30 日

您的详细信息

PADI 会员编号 : _____

名字 : _____

姓氏 : _____

邮寄地址 : _____

城市 : _____ 州/省 : _____

国家 : _____ 邮政编码 : _____

电话 : () _____ 手机 : _____

传真 : _____ 电子邮件 : _____

如果您的邮寄地址与您的主要工作地点不在同一国家, 请告知

您工作所在的国家 : _____

如果在澳大利亚工作, 请确认您的主要工作地点 (州) : _____

承保要求

我希望购买以下保险 (保险期限至 2025 年 9 月 30 日) :

综合责任保险

教练

潜水长/助理教练

主要工作地在澳大利亚

659 澳元

517 澳元

主要工作地在澳大利亚境外

600 澳元

496 澳元

小计 (澳元) : _____

潜水伤害及撤离保险

方案 A

214 澳元

方案 B

166 澳元

方案 C

95 澳元

小计 (澳元) : _____

总计 (澳元) : _____

利害关系人

如果您希望在保险凭证上列出任何利害关系人, 请在下面注明其名称。注意: 利害关系人是委员会、财产所有者或地方当局, 而不是个人。

索赔声明

在过去 5 年中, 是否有任何指名受保人就您的水肺潜水活动提出过责任保险索赔?

是

否 (若是, 请提供详细信息)

是否有一些情况导致某项索赔尚未向保险公司报告?

是

否 (若是, 请提供详细信息)

办理保险或续保

如需办理保险或续保, 请访问 www.padiinsurance.com.au 或将填妥的申请表连同款项寄至

电子邮箱: info@padiinsurance.com.au 传真: 61 8 9500 9864 邮寄地址: Melbourne, Australia

要立即获得保险并更新您的 PADI 教学/活跃状态, 请访问

www.padiinsurance.com.au

保单期限

保险期从 2024 年 9 月 30 日或收到申请之日算起，以较晚者为准。2025 年 9 月 30 日，综合责任保险和潜水伤害及撤离保险终止承保。

PADI教学/激活状态

以下国家的 PADI 亚太区会员必须购买专业人员赔偿和责任保险：澳大利亚、斐济、法属波利尼西亚和新喀里多尼亚。V-Insurance 和 PADI 建议所有 PADI 会员，无论身处何地，都应购买保险。如果您投保了 PADI 专业人员综合责任险以外的保险，请向 PADI 亚太区提供您的保险凭证副本。

产品披露声明

潜水伤害及撤离保险由 DUAL Australia PTY Ltd（澳大利亚金融服务许可证号：280193）签发，根据一项具有约束力的授权协议，DUAL 有权作为 Lloyd's 某些承保人的代理行事。在您做出有关本产品的任何决定之前，请阅读并考虑 PADI 潜水伤害及撤离产品的披露声明（可从 www.padiinsurance.com.au 获取）。

综合责任保险的保单由 Chase Underwriting Pty Ltd（ABN 50 156 554 808，AFSL 454344）通过伦敦 Lloyd's 的某些承保人签发，也可在我们的网站上查看。

PADI 并非也不会通过认可本申请表中概述的产品来表明自己是持牌保险经纪人。

V-INSURANCE Group 合规披露

V-Insurance Group 金融服务指南 (FSG) 包含有关我们与您之间关系的重要信息。您可以联系 V-Insurance Group 或从我们的网站 www.padiinsurance.com.au 上获取我们的 FSG。

取消

除非在 14 天冷静期内取消，否则不可取消/退款。这样设计保单是为了保护您免受将来可能对您提起的、您现在尚未意识到的责任诉讼。

个人信息收集通知

为了为您安排保险或处理索赔，V-Insurance Group 需要收集您的个人信息。如果您想进一步了解 V-Insurance Group 处理您个人信息的方式，请参阅 V-Insurance Group 的《隐私政策》，该政策可通过 <https://vinsurancegroup.com/privacy-policy/> 在线获取，也可视您的需求提供。

披露义务

您不必告诉保险人以下内容：

- 降低风险之举措
- 常识信息
- 保险人在业务过程中已经知道或应该知道的信息，或
- 保险人表示他们不想知道的信息

如果你不把你知道的所有相关信息都告诉保险公司，他们可能会这样做：

- 拒赔
- 减少索赔额或理赔额、取消您的保单，或
- 在某些情况下，将您的保单视为无效

披露义务适用于本保单的每个投保人。

付款方式

信用卡付款

万事达卡 维萨卡 美国运通卡

费用（如上页所示）：澳元 _____

卡号：_____ 有效期：_____

CVV 号码：_____（维萨卡和万事达卡签名条上的最后 3 个数字。对于运通卡，4 位数字的 CVV 印在卡片正

面主卡号上方）。

持卡人姓名：

声明签字：_____ 日期 _____

我声明，本申请中的信息真实无误，我没有隐瞒任何相关信息。

支票付款

附上面值 _____ 澳元的支票

(根据前一页的计算结果)

请注意，支票必须以澳元支付给 V-Insurance Group，且由澳大利亚银行作为付款人。

请将支票连同填写完整的申请表寄往上述邮寄地址。

电汇付款 (TT)

欲了解 V-Insurance Group 银行账户详情，请访问我们的网站 www.padiinsurance.com.au。收到保费后，您的保单才会生效。

在澳大利亚境外产生的当地税费由申请人负责支付，并且不含在保费之内。

全 _____ 名 _____ :

日 _____ 期 _____

签 _____ 字 _____ :

请注意，如果您的申请表不完整，我们将把申请表退还给您，请您重新填写。



V-INSURANCE
GROUP

联系我们

T +61 2 8599 8660
E padi@vinsurancegroup.com
W www.padiinsurance.com.au

清单

- 确保申请表上的姓名、地址、电话、传真号码和电子邮件地址正确无误。
- 请务必向我们提供有关您的披露义务的信息。
- 酌情列出利害关系人。
- 请附上澳元保费支票或信用卡详细资料。
- 邮寄或传真（如果是传真，请勿邮寄副本）至 V-Insurance Group。
- 确保您已阅读并理解隐私声明。

V-Insurance Group (ABN: 67 160 126 509 AR No: 432898)
是 WTW (ABN: 90 000 321, AFSL No: 240600) 的授权代表

Level 17, Angel Place
123 Pitt Street
Sydney NSW 2000
Australia