

保险申请书

2019/2020 PADI 专业责任保险组合保单 (PADI PROFESSIONALS COMBINED LIABILITY)

详细讯息

PADI 会员编号: _____

名: _____

姓: _____

邮件地址: _____

城市: _____ 州 / 省: _____

国家: _____ 邮政编码: _____

电话: () _____ 手机: _____

传真: _____ Email: _____

若你的邮件地址与主要工作地点位在不同国家, 请洽询

你工作所在地的国家: _____

若在澳大利亚境内工作, 请确认主要工作地点位在哪一个州: _____



在 2019 年 9 月 30
日前申购, 享受

\$10
折扣

保险要求

我要购买下列的保险 (保障于 2020 年 9 月 30 日失效):

责任保险组合

教练

潜水长 / 助理教练

主要工作在澳大利亚境内

澳币 313 元

澳币 245 元

主要工作地点在澳大利亚境外

澳币 255 元

澳币 170 元

小计澳币 _____

潜水伤害和医疗运送保险

方案 A

澳币 205 元

方案 B

澳币 158 元

方案 C

澳币 91 元

小计澳币 _____

总额澳币 _____

利害关系人

若想要将任何利害关系人列在保险证明上, 请提供其姓名:

理赔声明

过去 5 年内, 在你的水肺潜水活动中的被保险人是否曾经提出过理赔申请?

是 否 (若是, 请详述其内容)

是否有能申请理赔但尚未通知保险公司的状况?

是 否 (若是, 请详述其内容)

保险生效或更新

要使保险生效或更新, 请造访 www.padiinsurance.com.au 或付款后寄出填写完成的申请书到:

Email: padi@vinsurancegroup.com

传真: +61 2 8599 8661

寄给:

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

若以传真方式申请,
请确认收到
确认传真的信息。

重要: 当 V-Insurance Group 收到填写完成并签名的申请书及正确付款后, 你的保险才会生效。你会收到以电子邮件寄送的保险证明 及保单条款。

立即获得保障并且更新你的 PADI 教学 / 有效身分, 请前往

www.padiinsurance.com.au

PADI 教学 / 有效身份

PADI Asia Pacific 规定下列国家的会员必须投保专业责任险：澳大利亚、斐济、法属波利尼西亚及新喀里多尼亚。V-Insurance 及 PADI 建议所有 PADI 会员，不论在哪个国家，都应投保。若你有 PADI 专业人士责任保险组合保单以外的保险，请将保险证明的复本提供给 PADI Asia Pacific。

产品批露声明

「PADI 潜水伤害和医疗运送保险」是由 DUAL Australia 私人有限公司（澳大利亚金融服务证号 280193）发行，该保险计划订有许可协议，因此 DUAL 有权以劳合社（Lloyd's）特定保险公司代理人的身份行事。在你做出任何有关本产品的决定之前，请阅读并参考「PADI 潜水伤害和医疗运送保险产品批露声明」，该文件可上网至 www.padiinsurance.com.au 下载。

责任保险组合保单由 Liberty International Underwriters (ABN 43 006 637 903) 所发行，可以从我们的网站浏览，或是透过申请取得。

PADI Asia Pacific 并未借由赞同本申请书所介绍之保险商品而自称具合法执照的保险经纪公司。

金融服务指南

我们的金融服务指南（FSG）中涵括关于我们与你的关系的重要信息。欢迎向 V-Insurance Group 索取 FSG，或上网下载，网址是 www.padiinsurance.com.au。

保单取消

除非是在 14 天内取消，该保单不能取消也不可退款。这份保单之所以如此设计是为了保障你的权益，以免日后发生任何不利于你但你目前还不知道的责任诉讼。

隐私声明

本公司受《联邦隐私权法及国家隐私条例》(NPP's) 规范，前述法规乃针对个人讯息之收集、使用、公开与处理所制订之标准。我们不会在服务相关以外之目的使用或公开个人讯息。我们有义务维护客户的机密。我们隐私政策乃应要求提供。

告知义务

你有义务告知保险公司任何会影响到他们决定接受你投保的有关情事，如果有的话，是根据什么条款。只要你或事件中的合理当事人知道某情事有关，该事件即为有关情事。你必须在保险核发之前，以及续保、扩保、变更或复效保单时，告知保险公司这类情事。

你无须告知保险公司的事项如下：

- 降低风险之情事
- 一般知识
- 保险公司在业务过程中已知或应知的事
- 保险公司指出他们不想知道的事

如果你未告知保险公司任何你所知的有关情事，他们可以：

- 拒绝理赔
- 减少给付理赔或和解申请，撤销你的保单，或
- 在某些案例中，可视你的保单从未存在过

告知义务适用于本保单所承保的每个人。

付款方式

信用卡付款

Mastercard VISA AMEX

费用（如同之前所列出）：澳币 _____ 元

卡号： _____ 有效月年： _____

CVV 认证码： _____ (Visa、Mastercard 及 Diners 等信用卡之

签名栏后 3 码。Amex 为印刷在卡片正面主要卡号上方之四位数号码)

持卡人姓名： _____

声明

我声明本申请书所载之讯息真实且正确，而且我没有隐瞒任何相关讯息。

全名： _____ 日期 _____

签名： _____

请注意，若申请书有遗漏未填写之处，将会寄还给你再完成填写。

支票付款

附上澳币金额 _____ 元的支票

(按之前项目计算保费)

请注意，必须开立给 V-Insurance Group 的记名、以澳币为币值、由澳大利亚的银行付款的支票。

请将支票连同填写完成的申请书一起寄回到上面所列之地址。

电汇 (TT) 付款

请参照我们的网页 www.padiinsurance.com.au 以获得 V-Insurance Group 的银行讯息。收到保费后，保单才会成立。

于澳大利亚境外所产生之税捐由申请人负担，并且不计入保费之内。

检查清单

- 确认申请书上的姓名、地址、电话号码、传真号码及电子邮件地址都正确。
- 请确认已提供我们关于你的告知义务的讯息。
- 视情况列出利害关系人。
- 附上以澳币支付的保费支票或详细填写的信用卡讯息。
- 邮寄或传真（若已传真就不用再重复邮寄）给 V-Insurance Group。
- 确认已阅读并了解隐私声明。

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



V-INSURANCE
GROUP

联络我们

T +61 2 8599 8660
或免电话 (限澳大利亚境内) 1300 945 547
E padi@vinsurancegroup.com
W www.padiinsurance.com.au

Level 25, Angel Place
123 Pitt Street
Sydney NSW 2000
澳大利亚