



# DAN 아시아-태평양 회원 가입 신청서

한국 거주자용 신청서 KOR 01/19

별표(\*)가 표시된 사항은 필수 사항이니 반드시 기재하여 주시기 바랍니다

신규 회원 가입 혹은 갱신 회원 입니까?  신규  갱신

다이브샵이나 강사로부터 추천을 받은 경우 추천 코드를 입력하여 주십시오:

## 가입 회원 정보

\* 성:  \* 이름:  \*생년월일:  성별:  남  여

\* 이메일:

\* 연락 가능한 전화 번호:   자택  직장  휴대 전화

\* 국적:

아시아-태평양 지역 국가의 시민이 아닌 경우 (일본국적 일본 거주자, 호주 거주자 제외)

이곳에 체크 표시를 하여 주십시오. 이는 아시아-태평양 지역에 3 개월 이상 거주 할 것임을 진술함과 동일합니다.

기타 건강/상해/여행 보험이 있으십니까?  예:   아니오

## 거주지 주소

\*국가: 대한민국 \*도:  \*시:  \*우편번호:

\*도로 주소:

우편 주소 거주지 주소와 동일 합니까?  예  아니오 동일하지 않다면 우편 주소를 아래에 기입하여 주십시오

\*국가: 대한민국 \*도:  \*시:  \*우편번호:

\*도로 주소:

## DAN 아시아-태평양 회원 + 다이빙 사고 보험 선택

DAN 회원은 12 개월의 전 세계 응급 후송 서비스와 기타 다양한 혜택을 받으실 수 있습니다. 다이빙 사고 보험 (마스터, 프리퍼드, 프리퍼드 플러스)은 보험 규정 범위 내의 다이빙 사고 발생시 치료와 사고에 관련된 특정 지출에 대한 보상을 받을 수 있습니다. 원하시는 상품을 선택하여 주십시오.

회원 + 마스터 보험 \$160

회원 + 프리퍼드 보험 \$214

회원 + 프리퍼드 플러스 보험 \$274

## 결제 내역

\*신용카드 종류:  비자  마스터  아멕스

\*신용카드 번호:  \*신용카드 유효기간(달/년):

\*신용카드 소지자 이름:

DAN 을 어떻게 알게 되셨습니까?

작성된 가입 신청서는

이메일: [korea@danap.org](mailto:korea@danap.org), 팩스: +61 3 9886 9155, 우편: DAN AP PO BOX 384, Ashburton, VIC 3147 Australia 로 접수 하여 주시기 바랍니다

## 회원 가입 신청서에 대한 정보

회원 보장과 보험은 승인이 이루어진 날로부터 12개월동안 유효하며 금액은 호주 달러(AUD\$)로 표기되어 있습니다. 회원 보장과 보험은 보험금 결제 승인이 이루어지고 DAN AP가 신청서를 처리하기 전에는 유효하지 않으며 신청서 처리와 보험금 결제는 동시에 이루어져야 합니다. 신청서 처리는 보통 일주일 이상 소요되므로 계획하시는 여행을 떠나시기 전에 충분한 여유를 두고 신청하여 주시기 바랍니다. 후송 혹은 부상에 대한 서비스와 혜택은 DAN AP 회원 가입 신청서가 승인된 후 발효됩니다. 가입 신청자/피보험자는 신청서에 요구되는 모든 항목을 충실하게 기입함이 요구됩니다. DAN AP에 의해 신청서가 처리되기 전 혹은 처리 중에 일어난 직접 혹은 간접적으로 연관된 다이빙이나 기타 활동으로 인하여 요구되는 어떠한 후송, 의료, 준 의료 혹은 기타 부상에 의한 혜택은 주어지지 않으며 이는 가입 신청자/피보험자나 대변인의 보험금 청구 요청시기와는 무관합니다. 안내: 회원 가입비는 인지세 처리비를 포함한 금액입니다.

신용카드 결제는 가입 신청자/피보험자가 선택한 보험에 따른 금액으로 처리됩니다.

## 국적

피보험자가 아시아 태평양 지역의 국민이 아닐 경우 (일본에 거주하는 일본국적과 호주에 거주하는 이는 제외) 아시아 태평양 지역에 3개월 이상 거주할 것이라는 것을 네모 칸에 표식을 함으로 명시하여야 합니다. 네모 칸에 표식을 함은 피보험자가 사실을 진술한다는 의미와 동일합니다. 피보험자는 보험금 청구 요청 시 승인을 위해 아시아-태평양 지역의 장기 거주자임을 증명하도록 요청 받을 것임을 명심하여 주시기 바랍니다.

## 보험 계약자의 고지의무

*피보험자가 반드시 보고해야 할 정보*- 피보험자는 추가 정보를 요구 받을 경우 이성적인 개인으로써 질문에 진실한 답변을 제공함과 본인이 알고 있는 최대한의 정보를 진실되게 말해야 할 법에 따른 의무가 있습니다. 보험 사업자는 이 답변을 기준으로 피보험자와 다른 해당되는 이에게 보험을 제공할 것인지를 그리고 어떠한 상품을 제공할 것임을 결정할 것입니다.

*누가 정보를 제공해야 하는가*- 피보험자는 보험 사업자의 질문에 위에 언급된 대로 답변을 제공함은 피보험자가 제공 받을 보험 혜택을 위해 중요합니다.

*만약 피보험자가 답변을 제공하지 않는다면*- 만약 피보험자가 보험 사업자의 질문에 답변을 하지 않았을 시, 보험 사업자는 보상금 지불을 거절 혹은 지급액을 감면하거나 보험 계약을 취소할 수도 있습니다. 만일 피보험자가 질문에 거짓답변을 제공하였을 시 보험 사업자는 보상금 지불 거절뿐만 아니라 보험을 무효화시킬 수 있습니다.

## 고지

이 신청서를 제출 함으로 피보험자는 아래의 내용을 진술합니다:

1. 본인은 피보험자로서 이 신청서의 질문을 읽고 이해를 하였으며 특히 이 홈페이지에 명시된 보험 계약자로서의 고지 의무를 이해하였습니다.
2. 본인은 보험사업자가 이 신청서에 진술된 내용과 보험에 관련된 자격을 갖춘 책임자에게 의하여 승인 여부를 결정할 것임을 인지합니다. 본인은 이 신청서가 승인되기 전 보험 사업자는 어떠한 법적 책임과 의무가 없음을 인지합니다.