

DAN 團體保險編號：
保險公司：事故與綜合險

會員聲明	1. DAN AP 主會員姓名：		2. DAN AP 會員編號	
			AA _____	
	3. 病人與 DAN AP 主會員之間的關係 (勾選擇其中一項)：		4. 病人的 DAN AP 保險計劃：	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女		<input type="checkbox"/> 標準級 <input type="checkbox"/> 主導級 <input type="checkbox"/> 優先級	
	5. 受保病人出生日期： (年/月/日) ____/____/____			
	6. 受保病人姓名：			
	姓： _____			
	名： _____			
	中間名： _____			
	7. 受保病人家庭住址：			
街道： _____				
城市： _____ 州： _____				
郵編： _____ 國家： _____				
所有索賠必須為：「深潛或浮潛事故之保險範圍」。				
8. 事故發生於何地？			9. 事故發生日期： (年/月/日)： ____/____/____	
10. 請詳細描述導致傷害發生的潛水或浮潛事件： (註：請務必列明此前 72 小時內進行的所有潛水活動，包括最大深度、持續時間與經停地點等相關細節。此外，還應註明採還應註明採用了何種減壓指南，例如何種表格或潛水計算機)。若需要，可另用紙頁附於此表後。				

11. 請詳細描述您受傷的癥?以及所採取的急救措施 (若有提供)。	
12. 此索賠是否為工作或研究 相關性疾病或傷害? (勾選其中一項)	13. 受保僱主資料 (若為工傷事件)
<input type="checkbox"/> 是	僱主: _____
<input type="checkbox"/> 否	街道: _____
	城市: _____ 州: _____
	郵編: _____ 國家: _____
13. 下潛 (或系列下潛) 最大深度: _____ 米。	
14. 所用呼吸氣體: <input type="checkbox"/> 空氣 <input type="checkbox"/> 其它, 請註明 _____	
15. 潛水資質 _____	
16. 發生此傷害後首次就醫的時間?	
日期: (年/月/日) : ___ / ___ / ___ 醫生: _____	

其它保險資訊	17. 除 DAN 團體保險外, 您是否還享有健康保險或醫療保險權益? (所有問題均勾選「是」或「否」)			
	健康、醫療或牙醫 保險?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	旅行	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	醫療保險?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	意外事故	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	任何法定保險?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
18. 若圈選「是」, 請提供保險公司的完整名稱與地址。				
19. 您是否或擬將為本表中所述之事故或傷害而導致的損失向第三方提起索賠?				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是, 請詳細說明:				

獲取資訊或分配權益之授權	<p>20. 受保病人或家長（若為未成年人）須簽署以下聲明： 本人茲授權任何保險公司或預付機構、僱主、醫院或醫師透露可能為在本計劃或其他任何可提供權益或服務之計劃下獲得應計權益的本人或受監護人之所有資訊。本人茲證明所提供資訊在本人所知範圍內具有正確性與真實性，並同意本授權之任何影印件與原件具有同等效力。</p>	<p>受保病人簽名</p>	<p>日期：年/月/日</p>
			<p>/ /</p>
	<p>21. 若受款人為提供商，則應簽署以下聲明： 本人茲授權將擬另行支付給本人之服務權益款項轉付給任何服務提供商，但數額不得超過獲取此服務所需之合理費用或通常費用；並理解本人將對本授權未涵蓋之全部費用承擔最終責任。</p>	<p>受保病人簽名</p>	<p>日期：年/月/日</p>
			<p>/ /</p>
	<p>22. 本人茲聲明：任何人若有意或試圖詐騙或欺詐任何保險公司，而提交包含有關事故、傷害或其他保險範圍的？假的、不完整的或誤導性的索賠聲明將有損於本索賠之權益及獲得償付之權力。</p>	<p>受保病人簽名</p>	<p>日期：年/月/日</p>
		<p>/ /</p>	
	<p>在其他所有保險人的權益？明（EOB）表格副本提交之前將不對本索賠進行評估或償付。</p> <p>請將上述資料附於表後或儘快另行遞交。 在收到上述 EOB 之前將對您的索賠進行暫緩處理。</p>	<p>請將完整表格與醫療帳單提交至：</p> <p>DIVERS ALERT NETWORK Asia-Paci c Ltd ABN 67 066 827 129 郵箱 384 ASHBURTON VIC 3147 澳大利亞</p>	