

Orbit Protect

의료 보험 Orbit Protect 보험 청구 안내



Orbit Protect 보험 안내

뉴질랜드 현지 보험은 한국의 보험회사와는 다르게, 병원비와 처방약 구입까지가입자가 먼저 지불 하신 후, 영수증 (Receipt)과 의사 소견서 (Medical Note)를 보험회사에 제출 하면서 보상을 청구하는 방식 입니다.

보험 회사에서는 청구한 금액에 대한 질병의 발병 시점, 과거 동일한 병력이 있었는지를 포함 하여 여러 검증 과정을 거친 후 보험금 지급 금액을 결정 합니다.

분실물 금액 청구와 관련 하여서도, 경찰서에 제출한 분실물 신고 서류 및 당시정황 자료, 분실한 물건의 소유 관련 증거 등을 토대로 검증을 거친 후 지급 결정을하게 됩니다.

보험 정보 관련 하여서는 반드시 www.Orbitprotect.com 을 방문 하신 후 보험약관을 확인 하시고, 약관에 명시된 부분 이외에 궁금 하신 점이 있으시면 Orbit Protect 의 한국인 직원 (0800 478 833)과 확인을 부탁 드립니다.

Student Insurance

- ✓ Medical Claim: 없음
- ✓ Property Claim: 매 청구 시 \$150

Experience NZ

- ✓ Medical Claim: 매 청구 시 \$75, 학생인 경우 본인 부담금 없음
- ✓ Property Claim: 매 청구 시 \$75

Working Holiday

- ✓ Medical Claim: 매 청구 시 \$100
- ✓ Property Claim: 매 청구 시 \$100



International
Student
Travel Insurance

Here's something worth learning before you study in New Zealand.



01

Orbit Protect 보험 의료클레임 신청하기

<https://claims.orbitprotect.com/login>

Orbit 사이트로 들어가 로그인을 해주세요
계정이 없다면 회원가입을 먼저 해주세요

Login

Please enter your login details below.

Email

Password

Login

New user?

Click here to register an account.

Register Account

Forgot password?

We can send your password reset link to your email address.

Recover Password

02

회원가입 정보입력

회원가입을 진행하기 위해선
이메일 인증을 해야합니다.
메일함에 인증메일을 확인하여 링크를
클릭하면 회원가입 정보입력창으로
이동합니다

Complete Account Registration

Please fill in the form below to finish creating your account.

Account Details

Email **인증받은 이메일 주소**

Password

Confirm Password

Contact Details

First Name(s)

Last Name

Date of birth

생년월일



Contact Number

Mobile Number

I'm not a robot



reCAPTCHA
Privacy - Terms

I have read and agree to the [terms and conditions](#) of using this system. **약관동의 체크**

Submit Registration

03-01

클레임하기

회원가입 완료 후 로그인하여
메뉴 [Make a Claim]으로
이동하여 필요한 정보를 입력해주세요

Make a Claim

To ensure claims can be better handled please do the following:

1. Read our [claim tips](#) before you start making a claim.
2. Submit one claim per one event only – e.g. one claim form for one medical condition etc.
3. Read, understand and confirm the terms, conditions and declarations of the claim form.

Policy Details **보험가입 번호 입력**

Policy Number **(보험 증서에 나와있는 Policy Number or Certificate Number)**

e.g. ABCD12345XYZ

비밀번호 확인

Claimant's Personal Details

First Name

이름 예) Gildong

Last Name

성 예) Hong

Phone Number

핸드폰 번호

Date of Birth

dd/mm/yyyy

생년월일 (일/월/년)

Mailing Address

집 주소

Bank Account Details

Don't have a NZ bank account?

If you do not have a New Zealand bank account, we can transfer to your account internationally, the cost associated with international transfers will be passed on to you.

Bank Account Type

New Zealand Bank Account

은행 선택

NZ Bank Account Number

뉴질랜드 은행일 경우 계좌번호

Bank

Branch

Account

Suffix

03-02

클레임하기

Other Insurance 고국 보험 또는 타 보험에 가입되어있나요?

Do you have any other insurance that may cover any costs claimed? (e.g. insurance from your home country or credit card)

What is the company's name?

Yes No

타 보험회사 이름

Please choose the type of claim you wish to make

Medical Expenses



Medical Expenses(의료) 선택

Medical Expenses

This section also includes claims for optical (vision change only) and emergency dental treatment. Please provide as much information as possible and attach medical notes and tax invoices.

Have you previously submitted to us a claim for the same illness/injuries?

Yes No

같은 증상으로 보험청구를 한적이 있나요?

Date of illness or injuries

dd/mm/yyyy 다친/아픈 날짜



Place illness or injuries occurred

어디서 다쳤는지/아팠는지

Describe the nature of your illness/injuries

아픈 곳/다친 곳/증상 설명

전에도 같은 증상으로 치료를 받은 적이 있나요?

Have you had any previous treatment for this condition?

Yes No

치료를 처음 받은 날짜를 선택해주세요

Please advise the date when you first had the treatment

dd/mm/yyyy



Please describe the previous treatment for this condition

과거 받은치료에 대해 설명해주세요

Will there be further costs involved with this claim (e.g. surgery / hospitalisation)

Yes No

현재 신청하는 클레임에 추가 비용이 발생하나요?
(예: 수술, 입원 등)

03-03

클레임하기

필요한 정보 입력 후 약관에 동의하기
체크를 하시고 [Submit Claim] 클릭하면
신청이 완료됩니다.

신청 후 처리기간은 2주정도 소요됩니다.

Please enter the details of your medical provider, date of consultation and expense

Medical Expense #1

Medical Provider

병원이름 예) Southern Cross Hospital

Consultation Date

dd/mm/yyyy 병원 진단받은 날짜

Cost

\$ 병원비

NZD

Patient Name

본인 성함

Patient Date of Birth

dd/mm/yyyy 본인 생년월일

[Add Another Expense](#)

Please upload invoices and other related documents

File restrictions apply

PDF, JPG or GIF. 10MB file size limit.

[Upload Attachment](#)

스캔한 영수증+Medical Certificate 첨부하기

Pursuant to the Privacy Act 1993

The following is brought to your attention:

- a. This online claim form collects personal information about you;
- b. The collection of this information is required pursuant to the terms of your policy;

모든 약관에 읽어보시고 동의 체크를 해주세요

Terms and Conditions

Each time you lodge a claim you are making an important legally binding declaration.

Please read the declaration in the [Terms and Conditions](#)

I have read and agreed to all the Terms and Conditions.

[Submit Claim](#)

[Save Draft](#)

**추가 문의가 있으시면 언제나
SOL 직원들에게 문의해주세요!**