



ビジター保険 – プラチナプラン 旅行保険お申し込みフォーム

被保険者のお名前 (英語 : ブロック体)		生年月日			
姓	名	年 / 月 / 日			
性別 (M/F)					
1	_____	_____			
2	_____	_____			
3	_____	_____			
4	_____	_____			
5	_____	_____			
ご住所					
市	州	郵便番号			
電話番号	メールアドレス	出身国			
死亡の場合の受取人 (*Estate unless otherwise indicated)		ご関係			
お申し込み日: 年 / 月 / 日		お申し込み時間: _____ : _____ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
保険開始日: 年 / 月 / 日		保険終了日: 年 / 月 / 日			
カナダ入国日: 年 / 月 / 日 _____					
プラン	Sum Insured(補償限度額)	人数	× 日数	× 日額	合計
プラチナ	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$60,000 <input type="checkbox"/> \$70,000 <input type="checkbox"/> \$80,000 <input type="checkbox"/> \$90,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> Other – \$ _____				
補償限度額を記入 (\$10,000 ごと最高 \$300,000)					
合計保険料					\$ _____
お支払い: 小切手 _____					
Master _____ Visa _____ American Express _____					
カード					
番号: _____ 有効期限 (月 / 年): _____ / _____					
カード名義人: _____ カード名義人のご署名 X					

I (We) have not seen a physician or been to the hospital since my (our) arrival in Canada, have not incurred any expenses for which I (we) may claim under the policy, am (are) in good health at the present time and have no intention of making a claim under the policy as of the date and time of this application.

I (We) understand that if this policy is purchased within 60 days after my (our) arrival in Canada, there is no coverage for sickness occurring or arising during the first 48 hours from the effective date of this policy. I (We) understand that if this policy is purchased more than 60 days after my (our) arrival in Canada, there is no coverage for sickness occurring or arising during the first 7 days from the effective date of this policy.

日付:

被保険者 (もしくは代理人) のご署名: **X** _____ 年 月 日