



Bridges International Insurance Services

URL: www.biis.ca E-mail: info@biis.ca
Toronto Office Tel: (647) 349-7101 Fax: (416) 967-6262
Vancouver Office Tel: (604) 408-8695 Fax: (604) 331-1042



留学生保険お申込みフォーム

被保険者のお名前 (英語: ブロック体)	
姓	名
1. _____	性別 生年月日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____年 ____月 ____日
2. _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____年 ____月 ____日
3. _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____年 ____月 ____日
カナダ滞在先のご住所:	
_____	市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
電話番号: _____	メールアドレス: _____
学校名: _____	
学校の住所:	
_____	市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
電話番号: _____	
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	出身国: _____
保険料: $\$1.88 \times \frac{\text{日額}}{\text{日数}} + \frac{\text{オプショナル}}{\text{人数}} \times \text{人数} = \$ \text{保険料合計}$	
(*) オプショナルの特約補償は追加保険料 \$22 です。	
お支払方法: <input type="checkbox"/> 小切手 <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> American Express CVV: _____	
カード番号: _____	有効期限: _____年 ____月 ____日
カード名義人: _____	カード名義人のご署名: X

I (We) confirm that I (we) are in good health, that I (we) know of no reason for which I (we) may seek medical attention and that currently no circumstance is known for which a claim may be made. I am aware that pre-existing conditions (as defined in the policy booklet) are excluded in some circumstances.

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