



## Bridges International Insurance Services

URL: [www.biis.ca](http://www.biis.ca) E-mail: [info@biis.ca](mailto: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)		性別	生年月日
姓	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
1.			
2.			
3.			
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: $\frac{\$1.88}{\text{日額}} \times \frac{\text{日数}}{\text{人数}} + \frac{(*)}{\text{人数}} \times \text{人数} = \$$ 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	
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. If I (we) have already arrived in Canada, I (we) confirm that I (we) have not seen a physician or other registered medical practitioner since my (our) arrival.

被保険者 (もしくは代理人) のご署名: X 年 月 日