



# 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



## ビジター保険プラチナプラン 旅行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	性別	生年月日
1. _____	_____	<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
4. _____	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____年 ____月 ____日
5. _____	_____	<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: \_\_\_\_\_

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: 午前午後 \_\_\_\_\_ :

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: \_\_\_\_\_

Sum Insured (補償限度額): \$10,000 \$20,000 \$30,000 \$40,000 \$50,000  
\$60,000 \$70,000 \$80,000 \$90,000 \$100,000  
その他 \$ \_\_\_\_\_ 補償限度額を記入(\$10,000 ごと最高\$300,000 まで)

保険料: \$ \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 日額 日数 人数 保険料合計

お支払方法: 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.

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