



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



ビジター保険 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: _____ ご関係: _____

お申し込み日: _____ 年 ____月 ____日 お申し込み時間: 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

カナダご入国から182日間で医療機関受診の有無 はい いいえ

補償限度額:	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> \$200,000 <input type="checkbox"/> \$300,000
追加オプション:	<input type="checkbox"/> 傷害死亡・四肢切断補償 <input type="checkbox"/> スポーツ補償 <input type="checkbox"/> 保険開始日から遡り7日間安定している場合の既往症補償 (79歳以下の方のみ)

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

お支払方法: 小切手 Master American Express

カード番号: _____ 有効期限: _____ 月 _____ 年 CVV: _____

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.

Date(dd/mm/yyyy)

Insured's Signature (or person acting on behalf of insured): X _____