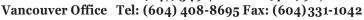


BridgesInternationalInsuranceServices

URL: www.biis.ca E-mail: info@biis.ca

Toronto Office

Tel: (647) 349-7101 Fax: (416) 967-6262





ビジター保険 旅行保険お申込みフォーム

		KIN WILLIAMS IN		•	
被保険者のお名前 (英語 姓	: ブロック体) 名	性別	生年月日		
	• •	□男 □女	エーハ ロ	月	且
		□男 □女	年	月	且
			_	月	日
		□男 □女	_	月	日
		□男□女			
カナダ滞在先のご住所:			-		
<u>† : </u>	州:	郵便	番号:		
重話番号:	<u> </u>	ールアドレス:			
E亡の場合の受取人:			ご関係:		
3申し込み目:	年 月 日	お申込み時間:□午前	ī□午後	:	
R険開始日:	年 月 日	保険終了日:	年	月	且
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			
浦償限度額:	□\$10,000 □\$25,000	□\$50,000 □\$100,000	□\$200,000	□\$300	000
自加オプション:	□ 傷害死亡・四肢切断 □ スポーツ補償			□₩ЗОО	,000
<u>\$</u> ×_ 日額 F	×= ∃数 人数	= \$ 保険料合計			
支払方法:口小切手 口	Master □American Exp	ress			
					CVV:
- ド名義人:		カード名義人のご署名:	Χ		
which I (we) may claim undurder the policy as of the or I (We) understand that if the sickness occurring or arisin policy is purchased more that it is the sickness occurring or arisin policy is purchased more than the sickness occurring the sickness o	der the policy, am (are) in goo late and time of this applicat his policy is purchased within ng during the first 48 hours	n 60 days after my (our) arrival from the effective date of this rival in Canada, there is no cove	nd have no intent in Canada, there policy. I (We) u	ion of ma	king a claim erage for d that if this g or arising
				Date(d	ld/mm/yyy

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