



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
性別	生年月日
1. _____	□男□女 _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. _____	□男□女 _____ 年 _____ 月 _____ 日
3. _____	□男□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: _____
保険料: $\frac{\$1.77}{\text{日額}} \times \frac{\text{日数}}{\text{人数}} + \frac{\text{(*)オプション}}{\text{人数}} \times \text{_____} = \$ \text{_____}$	
(*) オプションの特約補償は追加保険料 \$22 です。	
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) 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