

Seguro de Salud Canadiense para Estudiantes Internacionales

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE:

Escuela / School: _____

Apellido(s) / Last name: _____

Nombre(s) / First name: _____

Sexo / Sex: ____ Fecha de nacimiento / Date of birth: ____/____/____

País de residencia permanente / Country of permanent residence: _____

Dirección de correo electrónico / Email address: _____

Completarse solamente si se solicita cobertura de pareja o familia:

Nombre / Name:	Relación con titular / Relationship to Insured:	Fecha de nacimiento / Date of birth: (MM/DD/YYYY)
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

FECHAS DE COBERTURA: (MM/DD/AA) / DATES OF COVERAGE (MM/DD/YYYY)

Fecha efectiva (fecha de inicio de cobertura) / Effective date (start date of coverage): ____/____/____

Fecha de terminación (fecha de terminación de cobertura) / Termination date (ending date of coverage):

____/____/____

Número total de días de cobertura / Total number of days of coverage: _____

DIRECCIÓN EN CANADÁ / ADDRESS IN CANADA

Dirección / Address: _____

Número telefónico / Telephone number: (____) _____

Número de fax / Fax number: (____) _____

Ciudad / City: _____ Provincia / Province: _____

Código postal / Postal code: _____

BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO / BENEFICIARY IN CASE OF DEATH

Nombre / Name: _____

Dirección / Address: _____

País / Country: _____

Relación con el titular / Relationship to insured: _____

Favor de incluir los documentos que se enlistan a continuación / Please enclose the following documents:

- comprobante de registro en una institución educativa reconocida en Canadá / proof of enrolment at a recognized Canadian institution of learning;
- comprobante de la fecha de llegada a Canadá (fotocopia de la autorización de estudiante o el pasaporte) / proof of your arrival date in Canada (a photocopy of your student authorization or your passport).

Firma / Signature: _____ Fecha / Date: ____/____/____

Se procederá a emitir la póliza y tarjeta del seguro médico cuando se hayan recibido todos los documentos necesarios, así como el pago completo. / Your health insurance policy and your card will be issued when all necessary documents and full payment are received.

ELEGIR TIPO DE PLAN DE SEGURO:

Favor de marcar (✓) la tarifa aplicable; todas las tarifas en dólares canadienses

- Plan de seguro platino para estudiantes** (La prima familiar es de 2.5 x la prima de adulto) / Platinum Student Insurance Plan (Family premium is 2.5X the adult premium) Tarifa por año / Annual Rate \$650/ año
Tarifa por día / Daily Rate \$1.80/ día

- Plan de seguro dorado para estudiantes** (La prima familiar es de 2.5 x la prima de adulto) / Gold Student Insurance Plan (Family premium is 2.5X the adult premium) Tarifa por año / Annual Rate \$550/ año
Tarifa por día / Daily Rate \$1.50/ día

- Plan de seguro plateado para estudiantes** (Todas las tarifas son individuales, no hay prima familiar) / Silver Student Insurance Plan (All rates are individual, no family premium exists) Tarifa por año / Annual Rate \$470/ año
Tarifa por día / Daily Rate \$1.45/ día

- Plan de seguro de bronce para estudiantes** (Todas las tarifas son individuales, no hay prima familiar) / Bronze Student Insurance Plan (All rates are individual, no family premium exists) Tarifa por año / Annual Rate \$450/ año
Tarifa por día / Daily Rate \$1.70/ día

CÁLCULO DE PRIMA

Número de solicitantes (si se solicita cobertura familiar dorado o platino, favor de poner 2.5) / Number of applicants (if applying for Platinum or Gold family coverage put 2.5) _____ X tarifa del plan del estudiante / Student Plan Rate \$ _____ X periodo de la cobertura (número de días) / Period of Coverage (number of days) _____ = cantidad completa a pagar / Total Payment Due: \$ _____

("cobertura familiar" existe para padres e hijos dependientes, si se requiere una descripción completa, favor de ponerse en contacto con su agente) / ("family coverage" is designed for parents and dependent children, for a full description please contact your agent)

PAGO:

Favor de llenar la información sobre la tarjeta de crédito o incluir un cheque certificado u orden de pago a favor de Ingle Insurance / Please fill out the credit card information or enclose a certified check or money order made payable to Ingle Insurance.

- Cheque Certificado** / Certified Cheque
- Orden de pago** / Money Order
- VISA
- American Express
- MasterCard
- Diners / Diners-En Route

Número de la tarjeta de crédito / Credit card number: _____

Fecha de expiración / Expiry date: ____/____

Nombre en la tarjeta de crédito / Name on credit card: _____

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito / Credit card billing address

NÓTESE: SI PAGA CON CUALQUIER OTRO MÉTODO QUE NO SEA TARJETA DE CRÉDITO, NO SE ENVIARÁ LA PÓLIZA HASTA QUE EL PAGO COMPLETO HAYA SIDO RECIBIDO POR NUESTRA OFICINA. / NOTE: IF PAYING BY A METHOD OTHER THAN CREDIT CARD, YOUR POLICY WILL NOT BE MAILED UNTIL FULL PAYMENT IS RECEIVED IN OUR OFFICE.

Acepto que para ser elegible para la cobertura debo adquirir la póliza dentro de los 30 días posteriores a la fecha de mi llegada a Canadá o la fecha de mi inscripción en una institución educativa reconocida en Canadá, la que sea primera. Si actualmente cuento con una póliza de seguro administrada por la compañía de seguros asignada, debo pagar la prima del seguro dentro de los 30 días posteriores a la fecha de terminación de la

póliza existente. Si no cumpla con las condiciones de elegibilidad mencionadas anteriormente, acepto que no tendré cobertura para enfermedades que sucedan dentro de los primeros 30 días del seguro (a menos que el reclamo sea el resultado de un accidente o lesión).

I understand that to be eligible for coverage I must acquire the policy within 30 days from the earliest of the date of my arrival in Canada or the date of my enrolment at a recognized Canadian institution of learning. If I am presently insured by an insurance policy administered by the assigned insurance company, I must pay the insurance premium within 30 days from the termination date of my existing policy. If I do not satisfy the eligibility conditions stated above, I understand that I will not be covered for Illness occurring during the first 30 days of insurance (unless such claim is the result of an Accident or Injury).

Firma / Signature: _____

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN MÉDICA

Por este medio doy mi autorización para que cualquier compañía de seguros, empresa, hospital, instalación médica, médico, farmacéutico o cualquier organización que cuente con un registro o conocimiento sobre mi persona o salud divulgue cualquier información solicitada al proveedor de seguros o a su agente con respecto a los gastos reportados.

I hereby authorize any insurance company, employer, hospital, medical facility, physician, pharmacist or any organization that has any records or knowledge of me or my health to release any information requested to the insurance provider or its agent with regard to the reported expenses.

Firma / Signature: _____ Fecha / Date: ____/____/____

Ingle International Canadian Health Insurance for International Students se aplica de acuerdo con la póliza del seguro. / Ingle International Canadian Health Insurance for International Students is derived according to the Insurance Policy.

La marca TM Canadian Health Insurance for International Students se usa bajo licencia otorgada por el propietario de la marca Ingle International. / Canadian Health Insurance for International Students trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

La marca Ingle International *You are not alone* se usa bajo licencia otorgada por el propietario de la marca Ingle International. / Ingle International *You are not alone* trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

SUSCRITO POR VARIAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS. SI REQUIERE INFORMACIÓN, FAVOR DE CONTACTAR A INGLE INSURANCE: 1-888-386-888 (SIN COSTO) / UNDERWRITTEN BY VARIOUS INSURANCE COMPANIES, CONTACT INGLE INSURANCE FOR INFORMATION 1-888-386-888 (TOLL FREE)