

# Ingle INTERNATIONAL™

*You are not alone*

460 RICHMOND STREET WEST SUITE 100 Торонто Онтарио М5В 1Y1 • Телефон 1.888.386.8888 | Факс 416.730.1878

## Канадская медицинская страховка для иностранных студентов

### ИНФОРМАЦИЯ О КАНДИДАТЕ:

Учебное заведение / School: \_\_\_\_\_

Фамилия / Last name: \_\_\_\_\_

Имя / First name: \_\_\_\_\_

Пол / Sex: \_\_\_\_\_ Дата рождения / Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Страна постоянного места жительства / Country of permanent residence: \_\_\_\_\_

Электронный адрес / Email address: \_\_\_\_\_

### Заполняется, если требуется страховка для супругов или семейная страховка:

Имя / Name:	Родство с застрахованным / Relationship to Insured:	Дата рождения (месяц/число /год) / Date of birth: (MM/DD/YYYY)
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

### ДАТЫ СТРАХОВАНИЯ (МЕСЯЦ/ЧИСЛО /ГОД) / DATES OF COVERAGE (MM/DD/YYYY)

Дата вступления в силу (дата начала страхового обеспечения) / Effective date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Дата окончания (дата окончания страхового обеспечения) / Termination date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Общее количество дней страхового обеспечения / Total number of days of coverage: \_\_\_\_\_

### АДРЕС В КАНАДЕ / ADDRESS IN CANADA

Адрес / Address: \_\_\_\_\_

Телефон / Telephone number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Факс / Fax number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Город / City: \_\_\_\_\_ Провинция / Province: \_\_\_\_\_

Индекс / Postal code: \_\_\_\_\_

### ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ / BENEFICIARY IN CASE OF DEATH

Имя / Name: \_\_\_\_\_

Адрес / Address: \_\_\_\_\_

Страна / Country: \_\_\_\_\_

Родство с застрахованным / Relationship to insured: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, приложите следующие документы / Please enclose the following documents:

- Подтверждение о зачислении в канадское учебное заведение / proof of enrolment at a recognized Canadian institution of learning;
- Подтверждение даты прибытия в Канаду (копия студенческого разрешения на учебу или паспорта) / proof of your arrival date in Canada (a photocopy of your student authorization or your passport).

Подпись / Signature: \_\_\_\_\_ Дата / Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ваш медицинский страховой полис и карточка будут готовы, как только будут получены все необходимые документы и произведена полная оплата. / Your health insurance policy and your card will be issued when all necessary documents and full payment are received.

## ВЫБЕРИТЕ ТИП СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:

Пожалуйста, отметьте галочкой (✓) нужный тип страховки, все цены указаны в канадских долларах

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Платиновая студенческая страховка</b><br>Platinum Student Insurance Plan   | Годовая стоимость / Annual Rate <input type="checkbox"/> \$650/ в год<br>Дневная стоимость / Daily Rate <input type="checkbox"/> \$1.80/ в день |
| <input type="checkbox"/> <b>Золотая студенческая страховка</b><br>Gold Student Insurance Plan  | Годовая стоимость / Annual Rate <input type="checkbox"/> \$550/ в год<br>Дневная стоимость / Daily Rate <input type="checkbox"/> \$1.50/ в день |
| <input type="checkbox"/> <b>Серебряная студенческая страховка (Все цены указаны на одного человека, без семейных страховых взносов) / Silver Student Insurance Plan (All rates are individual, no family premium exists)</b> | Годовая стоимость / Annual Rate <input type="checkbox"/> \$470/ в год<br>Дневная стоимость / Daily Rate <input type="checkbox"/> \$1.45/ в день |

## РАСЧЕТ СТРАХОВОГО ВЗНОСА

**Количество кандидатов** (если платиновая или золотая семейная страховка поставьте 2.5) / Number of applicants (if applying for Platinum or Gold family coverage put 2.5) \_\_\_\_\_ **Х Цена студенческой страховки в** / Student Plan Rate \$ \_\_\_\_\_ **Х Период страхового покрытия (количество дней)** / Period of Coverage (number of days) \_\_\_\_\_  
= **Общая сумма выплаты в** / Total Payment Due: \$ \_\_\_\_\_  
(семейное страховое обеспечение предназначено для родителей и детей-иждивенцев, для полного описания, пожалуйста, свяжитесь с Вашим агентом) / ("family coverage" is designed for parents and dependent children, for a full description please contact your agent)

## ОПЛАТА:

Пожалуйста, заполните информацию о кредитной карте или приложите банковский чек или платежное поручение в Ingle Insurance / Please fill out the credit card information or enclose a certified check or money order made payable to Ingle Insurance.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Банковский чек /</b><br>Certified Cheque | <input type="checkbox"/> VISA<br><input type="checkbox"/> American Express | <input type="checkbox"/> MasterCard<br><input type="checkbox"/> Diners / Diners-En Route |
| <input type="checkbox"/> <b>Платежное поручение /</b><br>Money Order |  |  |

**Номер кредитной карточки / Credit card number:** \_\_\_\_\_

**Срок действия / Expiry date:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Имя владельца кредитной карты / Name on credit card:** \_\_\_\_\_

**Адрес владельца / Credit card billing address**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ОПЛАТА ПРОИЗВОДИТСЯ НЕ КРЕДИТНОЙ КАРТОЙ, ВАШ ПОЛИС НЕ БУДЕТ ОТПРАВЛЕН ДО ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛНОЙ ОПЛАТЫ НАШИМ ОФИСОМ. / NOTE: IF PAYING BY A METHOD OTHER THAN CREDIT CARD, YOUR POLICY WILL NOT BE MAILED UNTIL FULL PAYMENT IS RECEIVED IN OUR OFFICE.**

Я понимаю, что для того, чтобы иметь право на получение страхового обеспечения, я должен приобрести страховой полис в течение 30 дней с момента прибытия в Канаду или с момента зачисления в канадское учебное заведение. Если я в настоящий момент застрахован и имею страховой полис, обслуживаемый определенной страховой компанией, я должен заплатить страховой взнос в течение 30 дней с даты окончания моего страхового обеспечения. Если я не выполняю приведенные

**выше условия, я понимаю, что мне не будет предоставлено страховое обеспечение по болезни, случившейся в первые 30 дней страховки (если только это не результат несчастного случая).**

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).

Подпись / Signature: \_\_\_\_\_

#### **МЕДИЦИНСКОЕ РАЗРЕШЕНИЕ И ДЕКЛАРАЦИЯ**

**Я разрешаю любой страховой компании, работодателю, больнице, врачу, фармацевту или любой организации, которые имеют какие-либо сведения о моем здоровье, предоставлять любую запрашиваемую информацию страховой компании или ее агентам в отношении сообщенных расходов.**

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.

Подпись / Signature: \_\_\_\_\_ Дата / Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ингл Интернэшнл Канадская медицинская страховка для иностранных студентов действует в соответствии со Страховым Полисом.** / Ingle International Canadian Health Insurance for International Students is derived according to the Insurance Policy.

**™ Торговая марка Канадская медицинская страховка для иностранных студентов используется в соответствии с лицензией владельца торговой марки Ингл Интернэшнл Инк.** / Canadian Health Insurance for International Students trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

**Торговая марка Ты не один компании Ингл Интернэшнл используется в соответствии с лицензией владельца торговой марки Ингл Интернэшнл Инк.** / Ingle International *You are not alone* trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

Нижеизложенное различными страховыми компаниями, свяжитесь для получения информации со страховой компанией Ингл по тел. 1-888-386-8888 (звонок бесплатный) / UNDERWRITTEN BY VARIOUS INSURANCE COMPANIES, CONTACT INGLE INSURANCE FOR INFORMATION 1-888-386-8888 (TOLL FREE)