

Seguro Saúde Canadense para Estudantes Internacionais – INGLE

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE:

Escola / School: _____

Sobrenome / Last name: _____

Primeiro Nome / First name: _____

Sexo / Sex: ____ Data de Nascimento / Date of birth: ____/____/____

País em que reside / Country of permanent residence: _____

Endereço de e-mail / Email address: _____

A ser preenchido caso a cobertura de casal/família seja requisitada:

Nome / Name:	Grau de Parentesco do Segurado / Relationship to Insured:	Data de Nascimento / Date of birth: (MM/DD/YYYY)
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

DATA DA COBERTURA / DATES OF COVERAGE (MM/DD/YYYY)

Começo da Cobertura (data inicial) / Effective date (start date of coverage): ____/____/____

Término da Cobertura (data final) / Termination date (ending date of coverage): ____/____/____

Total dos dias de cobertura / Total number of days of coverage: _____

DADOS DE RESIDENCIA NO CANADA / ADDRESS IN CANADA

Endereço / Address: _____

Telefone / Telephone number: (____) _____

Fax / Fax number: (____) _____

Cidade / City: _____ Província / Province: _____

CEP / Postal code: _____

BENEFICIÁRIO EM CASO DE MORTE / BENEFICIARY IN CASE OF DEATH

Nome / Name: _____

Endereço / Address: _____

País / Country: _____

Grau de Parentesco do Segurado / Relationship to insured: _____

Favor anexar os seguintes documentos / Please enclose the following documents:

- **comprovante de matrícula em uma instituição canadense de ensino / proof of enrolment at a recognized Canadian institution of learning;**
- **prova da data de chegada no Canadá (fotocópia da autorização de estudos emitida no passaporte) / proof of your arrival date in Canada (a photocopy of your student authorization or your passport).**

Assinatura / Signature: _____ Data / Date: ____/____/____

Seu Contrato do Seguro Saúde juntamente com seu cartão serão liberados após recebermos todos os documentos necessários e o pagamento devidamente efetuado. / Your health insurance policy and your card will be issued when all necessary documents and full payment are received.

SELECIONE O TIPO DE PLANO:

favor checar (✓) o plano de saúde da sua escolha, e taxas de acordo; todas as taxas estão em Dólares Canadenses

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plano Estudante Platinum (O Prêmio família é 2.75x maior que o Prêmio Adulto) / Platinum Student Insurance Plan (Family premium is 2.75X the adult premium) | Taxa Anual / Annual Rate
Taxa Diária / Daily Rate | <input type="checkbox"/> \$650/ano
<input type="checkbox"/> \$1.80/dia |
| <input type="checkbox"/> Plano Ouro (todas as taxas são individuais, não existe Premio Família) / Gold Student Insurance Plan (All rates are individual, no family premium exists) | Taxa Anual / Annual Rate
Taxa Diária / Daily Rate | <input type="checkbox"/> \$598.60/ano
<input type="checkbox"/> \$1.64/dia |
| <input type="checkbox"/> Plano Prata (todas as taxas são individuais, não existe Premio Família) / Silver Student Insurance Plan (All rates are individual, no family premium exists) | Taxa Anual / Annual Rate
Taxa Diária / Daily Rate | <input type="checkbox"/> \$470/ano
<input type="checkbox"/> \$1.45/dia |

CALCULO DO PRÊMIO

Número de solicitantes (se foi solicitado o Plano Platinum Família, colocar 2.75) / Number of applicants (if applying for Platinum) _____ **X Taxa Plano escolhido pelo Estudante / Student Plan Rate**
\$ _____ **X Período de Cobertura (número de dias) / Period of Coverage (number of days)** _____ = **Total do Prêmio / Total Payment Due: \$** _____
("Cobertura Família" é designado para pais e crianças dependentes; para maiores informações favor contatar seu agente) / ("family coverage" is designed for parents and dependent children, for a full description please contact your agent)

PAGAMENTO:

Favor preencher com os dados de seu cartão de crédito ou anexar um cheque administrativo ou ordem de pagamento nominal à 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"/> Cheque Administrativo
Certified Cheque | <input type="checkbox"/> VISA
<input type="checkbox"/> American Express | <input type="checkbox"/> MasterCard
<input type="checkbox"/> Diners / Diners-En Route |
| <input type="checkbox"/> Ordem de Pagamento /
Money Order | | |

Número do cartão de crédito / Credit card number: _____

Data de validade / Expiry date: _____ / _____

Seu nome no Cartão de Crédito / Name on credit card: _____

Endereço para envio de fatura do cartão de crédito / Credit card billing address

ATENÇÃO: SE O MÉTODO DE PAGAMENTO NÃO FOR VIA CARTÃO DE CRÉDITO, SEU SEGURO NÃO SERÁ ENVIADO ATÉ QUE O PAGAMENTO SEJA RECEBIDO EM NOSSO ESCRITÓRIO. / NOTE: IF PAYING BY A METHOD OTHER THAN CREDIT CARD, YOUR POLICY WILL NOT BE MAILED UNTIL FULL PAYMENT IS RECEIVED IN OUR OFFICE.

Entendo que para ter direito aos planos de cobertura do Seguro Saúde da Ingle, eu devo submeter o Contrato em um prazo de 30 dias, contando a partir da minha chegada no Canadá ou a data de matrícula em uma instituição de ensino Canadense reconhecida. Caso eu esteja assegurado por uma apólice de seguro administrada pela mesma companhia de seguro, eu deverei pagar o prêmio do seguro dentro de 30 dias do término do meu contrato. Caso eu não satisfaça as condições expostas previamente, eu entendo que não

serei coberto por doenças ocorridas nos primeiros 30 dias do meu seguro. Ou seja, apenas acidentes ou lesões serão cobertas no período de carência.

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).

Assinatura / Signature: _____

DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO MÉDICA

Eu autorizo qualquer Companhia de Seguro, empregador, hospital, consultórios médicos, farmacêuticos ou qualquer organização que tenha qualquer arquivo ou conhecimento sobre minha saúde a fornecer os dados requeridos pela companhia de seguro à mesma, ou a um agente da mesma sobre assuntos de despesas informadas em relatórios.

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.

Assinatura / Signature: _____ **Data / Date:** ____/____/____

O Seguro Saúde Canadense para Estudantes Internacionais – INGLE – foi desenvolvido de acordo com as leis de Seguros de Saúde vigentes no Canadá. / Ingle International Canadian Health Insurance for International Students is derived according to the Insurance Policy.

™ O Seguro Saúde Canadense para Estudantes Internacionais – INGLE – é uma marca registrada usada sob licença concedida pelo proprietário da Ingle International Inc. / Canadian Health Insurance for International Students trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

O Ingle International não é uma marca que pode ser usada sem autorização do proprietário da Ingle International Inc. / Ingle International *You are not alone* trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

ESCRITO POR VÁRIAS COMPANHIAS DE SEGURO. CONTATE A INGLE INSURANCE PARA MAIS INFORMAÇÕES : 1-888-386-8888 (LIGAÇÃO GRATUITA) / UNDERWRITTEN BY VARIOUS INSURANCE COMPANIES, CONTACT INGLE INSURANCE FOR INFORMATION 1-888-386-8888 (TOLL FREE)