

PLEASE PRINT this form and return it to:
University of New Brunswick
c/o Student Accounts & Receivable Services
8 Bailey Drive, PO Box 4400, Fredericton, NB E3B 5A3
Fax: 506-453-4572

CAMPUS الحرم الجامعي

 FREDERICTON CAMPUS SAINT JOHN CAMPUS

STUDENT TYPE نوع الطالب:

 Undergraduate متخرج Graduate طالب جامعي Non Credit طالب دراسات غير معتمدة Exchange طالب التبادل

رقم الطالب

STUDENT ID#:

تاريخ الوصول الى كندا (سنة/شهر/يوم)

Date of Arrival in Canada (D/M/Y): / /

APPLICANT INFORMATION معلومات عن الطالب

الاسم الأخير القانوني Legal Last Name:	الاسم الأول القانوني Legal First Name:
البلد الاصيل Country of Origin:	تاريخ الميلاد (سنة/شهر/يوم) Date of Birth (D/M/Y): / /
العنوان في كندا Address in Canada:	رقم الشقة Apt:
المدينة City:	الرمز البريدي Postal Code:
رقم الهاتف Phone Number:	رقم الفاكس Fax Number:
رقم الهاتف Phone Number:	البريد الإلكتروني Email:
Emergency Contact Person جهة الاتصال في حالة الطوارئ	
الاسم Name:	رقم الهاتف Phone Number:
العنوان Address:	البريد الإلكتروني Email:

DEPENDENT INFORMATION معلومات عن العائلة

هل الشخص المعال طالب في UNB؟ Is the dependent a UNB student	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	تاريخ الوصول الى كندا (سنة/شهر/يوم) Date of Arrival in Canada (D/M/Y): / /
زواج قانوني (زوج) Spouse: Legally married	قانوني منذ سنة على الأقل Residing together for at least the last 12 months	تاريخ الميلاد (سنة/شهر/يوم) Date of Birth (D/M/Y): / /
الاسم العائلي LAST NAME	الاسم الشخصي FIRST NAME	تاريخ الميلاد (سنة/شهر/يوم) DATE OF BIRTH (D/M/Y)
الجنس SEX		
Spouse: الزوج (ة)		
Child: طفل		
Child: طفل		
Child: طفل		

BENEFICIARY IN CASE OF DEATH المتفهم في حالة الوفاة: ممتلكات (الا في حالة تقديم غير ذلك) Estate (unless otherwise provided)

الاسم العائلي Last Name:	الاسم الشخصي First Name:
-----------------------------	-----------------------------

IMPORTANT NOTICE ABOUT YOUR PERSONAL INFORMATION ملحوظة هامة بخصوص بياناتك الشخصية

By submitting this application you agree that Royal & Sun Alliance Insurance Company of Canada (we, us) may collect, use and disclose your Personal Information (including to and from your broker, our affiliates and service providers and organizations that may have referred you to us) for purposes of quoting a premium, policy administration, improving customer experience, administering referral arrangements, and for other lawful purposes described in our Protecting Customer Privacy document. For a copy of this document please see www.rsatravelinsurance.com.

إخطار مهم خاص بمعلوماتك الشخصية: إنك توافق بتقديم هذا الطلب على السماح لشركة Royal & Sun Alliance Insurance Company of Canada (يشار إليها بـ "نحن" و "صمير المتكلمين نا") بجمع معلوماتك الشخصية واستخدامها والإفصاح عنها (بما في ذلك الحصول على المعلومات من/الكشف عنها للوسيط الخاص بك، وشركائنا التابعة ومقدمي الخدمات والمؤسسات التي قد تكون قامت بإحالتك إلينا) لأغراض تحديد قيمة قسط التأمين وإدارة البوليصة وتحسين تجارب العملاء وإدارة ترتيبات الإحالة ولغيرها من الأغراض القانونية المبيّنة في وثيقة حماية خصوصية العميل لدينا. وللحصول على نسخة من هذه الوثيقة، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني

MEDICAL AUTHORIZATION and DECLARATION التصريح و التفويض الطبي

I understand the necessity of calling Global Excel Management in the event of hospitalization. The toll free telephone number can be found on my wallet card and in my insurance policy.

I also understand that Royal & Sun Alliance Insurance Company of Canada and Global Excel Management Inc. may investigate my claim. By signing this application, I also hereby direct and authorize any physician, health care practitioner, hospital or other medical care facility, pharmacy, the Ministry of Health or any other person who has attended and examined me or who has knowledge or records of me or my health, to furnish to Royal & Sun Alliance Insurance Company of Canada and to Global Excel Management Inc. any or all information with respect to my sickness, injury, medical history, consultations, medicines or treatment and copies of all hospital or medical records for the purpose of investigating my claim.

I understand that some exclusions may apply and affect my coverage. I will read my insurance policy for additional details.

I have read and understood the "Important Notice About Your Personal Information" as noted above, and by making application for this insurance I agree to the collection, use and disclosure of personal information as described in that notice.

أفهم ضرورة الاتصال بشركة جلوبال إكسل مانديجمنت في حالة دخولي المستشفى. ويمكنني العثور على رقم الاتصال الهاتفي المجاني على بطاقة محفظتي وبوليصة التأمين الخاصة بي.

أفهم أيضاً أن شركة رويال أند سن أليانس الكندية للتأمين وشركة جلوبال إكسل مانديجمنت قد تحقق في ادعائي. ويتوقعي على هذا الطلب. أنا أطلب وأسمح لأي طبيب وممارس رعاية صحية ومرافق الرعاية الطبية والمستشفيات والصيدليات ووزارة الصحة أو أي شخص آخر حضر وفحصني أو لديه معرفة أو سجلات عنى أو عن حالتي الصحية، أن يقدم إلى شركة رويال أند سن أليانس الكندية للتأمين وشركة جلوبال إكسل مانديجمنت أي أو جميع المعلومات التي تتعلق بمرضى أو إصابتي أو التاريخ الطبي والاستشارات والأدوية أو العلاج ونسخ من جميع سجلات المستشفيات أو السجلات الطبية بغرض التحقيق في ادعائي.

أنا أفهم أنه قد يتم تطبيق بعض الاستثناءات الأمر الذي قد يؤثر على تغطيتي التأمينية. سأقرأ بوليصتي التأمينية للحصول على تفاصيل إضافية.

لقد قرأت وفهمت فقرة "ملحوظة هامة بخصوص بياناتك الشخصية" كما هو موضح أعلاه. ويتقدمي للطلب على هذا التأمين فأنا موافق على جمع واستخدام بياناتي الشخصية كما هو وارد في التنبيه.

تاريخ انتهاء الصلاحية (سنة/شهر/يوم)
Date (D/M/Y): / /

توقيع مقدم الطلب
Applicant's Signature: _____

ANNUAL PREMIUM 2016-2017 الأسعار السنوية

فردى SINGLE: \$966	زوج COUPLE: \$1,932
With 1 child مع طفل واحد \$1,932	With 1 child مع طفل واحد \$2,898
With 2 children مع طفلين \$2,898	With 2 children مع طفلين \$3,864
With 3 children مع 3 أطفال \$3,864	With 3 children مع 3 أطفال \$4,830
With 4 children مع 4 أطفال \$4,830	With 4 children مع 4 أطفال \$5,796

المبلغ المسدد PREMIUM AMOUNT PAID: \$ STUDENT INITIAL

FOR OFFICE USE ONLY المبلغ المسدد	الحروف الأولى من اسم الطالب
رقم وثيقة التأمين: ISHNB001 POLICY NUMBER: ISHNB001	رقم التسجيل Certificate Number:
تمتد الصلاحية من (سنة/شهر/يوم) Effective Date (D/M/Y): / /	تاريخ انتهاء الصلاحية (سنة/شهر/يوم) Expiry Date (D/M/Y): / /