



PLEASE PRINT this form and return it to: 본 양식을 인쇄하여 작성한 후 아래로 보내주시기 바랍니다.

University of New Brunswick – c/o Student Accounts & Receivable Services  
8 Bailey Drive, PO Box 4400, Fredericton, NB E3B 5A3 – Fax: 506-453-4572

캠퍼스:  FREDERICTON CAMPUS  SAINT JOHN CAMPUS Student Type:  Undergraduate  Graduate  Non Credit  Exchange

학생 ID 번호: \_\_\_\_\_ 캐나다 도착 날짜(D/M/Y): \_\_\_\_\_  
STUDENT ID#: \_\_\_\_\_ Date of Arrival in Canada (D/M/Y): \_\_\_\_\_

APPLICANT INFORMATION 신청자 정보

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	법적 성: Legal Last Name:	법적 이름: Legal First Name:
출생 국가: Country of Origin:		생년월일: Date of Birth (D/M/Y): / /
캐나다 주소: Address in Canada:		아파트: Apt:
시: City:	주: Province:	우편 번호: Postal Code:
전화 번호: Phone Number:	팩스 번호: Fax Number:	팩스: Email:
<b>Emergency Contact Person</b> 응급시 연락처		
이름: Name:		전화 번호: Phone Number:
주소: Address:		팩스: Email:

DEPENDENT INFORMATION 부양가족 정보

피부양자가 UNB 학생인가요 Are you a UNB student	예 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	캐나다 도착 날짜(D/M/Y): Date of Arrival in Canada (D/M/Y): / /
배우자: Spouse:	법적 혼인 <input type="checkbox"/> Legally married 최소 12개월 이상 동거 <input type="checkbox"/> Residing together for at least the last 12 months	
LAST NAME 성		FIRST NAME 이름
DATE OF BIRTH 생년월일 (D/M/Y)		SEX 성별
Spouse: 배우자		<input type="checkbox"/> F 여 <input type="checkbox"/> M 남
Child: 자녀:		<input type="checkbox"/> F 여 <input type="checkbox"/> M 남
Child: 자녀:		<input type="checkbox"/> F 여 <input type="checkbox"/> M 남
Child: 자녀:		<input type="checkbox"/> F 여 <input type="checkbox"/> M 남

BENEFICIARY IN CASE OF DEATH 사망 시 수혜인 Estate (unless otherwise provided) 유산 (기입된 경우는 제외)

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	성: Last Name:	이름: First Name:
---	------------------	--------------------

IMPORTANT NOTICE ABOUT YOUR PERSONAL INFORMATION 개인 정보에 대한 중요 공지

개인 정보에 대한 중요 공지: 본 신청서를 제출함으로써 귀하는 Royal & Sun Alliance Insurance Company of Canada("당사")가 보험료 결정, 보험 취급, 고객 경험 향상, 위탁 관리 목적과 기타 고객 개인 정보 보호 문서에서 설명한 법적인 목적으로, 귀하의 보험 중개인, 당사의 제휴사 및 서비스 제공자를 비롯, 귀하를 우리에게 소개한 조직과 주고 받은 정보를 포함한 귀하의 개인 정보를 수집, 사용, 공개할 수 있음에 동의합니다. 본 문서의 사본은 [www.rsatravelinsurance.com](http://www.rsatravelinsurance.com)에서 보실 수 있습니다.

Important Notice About Your Personal Information: 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](http://www.rsatravelinsurance.com).

MEDICAL AUTHORIZATION and DECLARATION 의학적인 권한 위임 및 선언

- 본인은 입원 시 Global Excel Management에 연락해야 함을 이해합니다. 수신자 부담 무료 전화 번호가 본인의 지갑 카드와 보험 증권에 있습니다.
- 본인은 또한 Royal & Sun Alliance Insurance Company of Canada 및 Global Excel Management Inc.에서 본인이 청구한 보험에 대해 조사할 수 있음을 이해합니다. 본 신청서에 서명함으로써, 본인은 또한 의사, 의료 기관 종사자, 병원 또는 기타 의료 시설, 약국, 보건부 또는 본인을 치료하고 검진했던 기타 개인 또는 캐나다의 Royal & Sun Alliance Insurance Company 및 Global Excel Management Inc.에 본인의 질병, 상해, 병력, 상담 기록, 의약품 또는 치료 및 본인의 보험금 청구 조사 용도로 사용할 모든 병원 기록의 사본 또는 진료 기록에 관한 일부 또는 모든 정보를 제공하기 위해 본인 또는 본인 건강에 대한 지식과 기록을 보유한 기타 개인에게 지시하고 권한을 위임하는 바입니다.
- 본인은 본인의 보장 범위에 일부 배제 조항이 적용되어 영향을 줄 수 있음을 이해합니다. 자세한 사항은 본인의 보험 증권을 읽겠습니다.
- 상기와 같이 "개인 정보에 대한 중요 공지"를 읽고 이해했으며 이 보험에 대한 신청서를 제출함으로써 해당 공지에서 설명한 개인 정보 수집, 사용 및 공개에 대해 동의합니다.
- 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.

Applicant's Signature: 신청자 서명: \_\_\_\_\_ Date (D/M/Y): 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ANNUAL PREMIUM 연간 보험료 2016-2017

SINGLE 독신: \$966		COUPLE 부부: \$1,932	
With 1 child 1자녀: <b>\$1,932</b>	With 3 children 3자녀: <b>\$3,864</b>	With 1 child 1자녀: <b>\$2,898</b>	With 3 children 3자녀: <b>\$4,830</b>
With 2 children 2자녀: <b>\$2,898</b>	With 4 children 4자녀: <b>\$4,830</b>	With 2 children 2자녀: <b>\$3,864</b>	With 4 children 4자녀: <b>\$5,796</b>
PREMIUM AMOUNT PAID 납부한 보험료 금액: \$		STUDENT INITIALS 학생 머리글자: _____	

증권 번호: Policy Number: ISHNB001 증명서 번호: Certificate Number: \_\_\_\_\_ 유효일: Effective Date (D/M/Y): \_\_\_\_\_ 만료일: Expiry Date (D/M/Y): \_\_\_\_\_