

Application

New/Nouvelle Application Extension of Policy/Prolongation de PoliceSchool / École Ecole des Langues Etrangeres Date Jan 1, 2008First Name / Prénom Maria GarciaFamily Name / Nom Rodriguez FernandezDate of Birth / Date de naissance Sep/10/1974 Age 32 M F
MM/DD/YY / MM/JJ/AAHome Country / Pays d'origine MexicoDestination Country / Pays de destination CanadaAddress in Canada / Adresse au Canada 123 Intelligence CourtSmart City SK T4K 1E5City / Ville Province Postal Code / Code PostalCan. Tel #: (403) 454-6676 Can. Email / Can. Courriel: mariag@csit.caStart / Date d'entrée en vigueur January 1, 2008 End / Date de terminaison August 1, 2008# of days / # de jours 214 @ \$2 / day / jour = \$428.00 Total Premium / Prime Totale
(include both start & end date / Inclus aussi la date d'entrée en vigueur et la date de terminaison)Payment / Paiement: Cash / Argent Cheque Money Order / Mandat Poste Card / Carte (Visa / MC Exp. Date: Oct/2010 Cardholder name / Titulaire de la carte: Maria G.Rodriguez FernandezSignature of cardholder / Signature du titulaire de la carte: Maria G.R.Fernandez

The applicant declares that:

All information I have provided in this application is true and complete. I have read and understood the terms of coverage including but not limited to the policy limitations and exclusions including but not limited to the emergency nature of this coverage and the pre-existing conditions exclusion that applies. I consent to the use of my personal information for the purposes of obtaining and administering insurance coverage. I authorize any hospital, physician, other medical provider or insurer to provide my complete medical record to ACE INA Life Insurance or Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. for the purpose of administering claims. All information is to be held in complete confidentiality and is not to be released to any party apart from those listed above. Use of my email address will be restricted to insurance inquiries unless I initiate email contact. A photocopy or facsimile transmission of this application is as valid as the original.

Proposant déclare ce qui ce suit:

Toutes les informations que j'ai fournies dans cette proposition sont vraies et complètes. J'ai lu et compris les termes de la couverture inclus mais non limités aux limitations et exclusions incluant mais non limités aux urgences à la nature de cette couverture et les exclusions des conditions préexistantes qui lui concernent. Je consens à ce que mes informations personnelles soient utilisées dans le but d'obtenir et de gérer la couverture d'assurance. J'autorise tout hôpital, médecin, et tout autre établissement médical ou assureur de fournir mon dossier médical complet à ACE INA Life Insurance ou Travel Healthcare Solutions Inc. pour les buts administratifs des réclamations. Toute information va être gardée strictement confidentielle et ne va pas être partagée à aucune partie sauf aux personnes indiquées ci-dessus. Toute l'utilisation de mon adresse courriel sera limitée aux demandes de renseignement d'assurance à moins que je ne débute pas le contact. Une photocopie ou un télécopie de ce formulaire est aussi valide que l'originale.

Signature of Applicant / Signature de Proposant: Maria G.R. Fernandez**NOTE:** This application receipt is your proof of StudentGuard Emergency Healthcare Insurance coverage. Coverage is issued based on payment received today. Coverage will be null and void if for any reason your payment is not honored by the financial institution or bank.**ATTENTION:** Cette copie de la proposition est la preuve de votre couverture de Soins de Santé d'Urgence de StudentGuard. La couverture commence dès qu'on reçoit votre paiement. La couverture sera nulle et annulée si pour quelque raison que ça soit votre paiement n'a pas été honoré par votre institution financière ou votre banque.

**Please send completed form with payment details to /
Veuillez faire parvenir le formulaire rempli avec votre paiement à l'adresse suivante:**

TRAVEL HEALTHCARE INSURANCE SOLUTIONS INC. 300 John Street, Suite 610, Thornhill Ontario L3T 5W4

Tel: (905)731-8140 Toll-Free: 1-877-873-8447 Fax: (905)731-6676 Toll-Free Fax: 1-866-329-8447

Email: admin@studentguard.com Website: www.studentguard.com