# 新会员



























































|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | **计划负责人** | 团体 # | | 公司 # | | 级别 | 公司名 | | | |
| 职业 | | | 永久雇用日期 | | 每周小时数 | | **每月**总收入 | |
| **7** | 我确认该会员有资格获得保险, 并且所提供的信息是真实和准确的。 | | | | | | | | |  |
| **计划负责人签名** | |  | | | | | **签署日期** |  |  |

* 重建会员

**会员申请表**

**所有日期必须以DDMMYYYY输入。**

**会员:** 请书写清楚，完成第一至四部分并签署第五部分。完成后将此表单交给计划负责人。

**计划负责人:请填**写第6部分，签署第7部分，并提交Sirius Benefits计划。第8节仅用于Sirius Benefits计划。

















|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **会员资料** | 姓氏 | | | | | | 名字 | | | | | | | | | | | | | | Group \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cert \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Member \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eff date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 邮寄地址 | | | | | | 城市 | | | | | | | 省 | | 邮递区号 | | | | |
| 电子邮箱 | | | | | | 联络电话 | | | | | | | 语言  英文 法文 | | | | | | |
| 性别  男 女 | | | 生日 DDMMYYYY | | | 是否有bc省健保给付  是 否 | | | | | | | 原住民身份  是 否 | | | | | CIS / SCIS 号码 | |
|  | |
| 婚姻状况  单身 已婚 同居 - 同居日期: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **其他** | **如果您有配偶，请完成这一部分。**  您的配偶是否有其雇主的保险？  **配偶团体保险公司的名字:**  **政策编号:**  在您的配偶的保险下，你是否有健康和/或牙医福利？  如果是: 我希望减少我和我的家属的利益 或  我希望减少我的家属的福利（只有我有） | | | | | | | | | | | EHC | | | | | 牙医 | | | |
| 是 否  是 否  是 否  是 否 | | | | | 是 否  是 否  是 否  是 否 | | | |
| **3** | **相关信息**  配偶子女子女  子女 | **名字** | | | | | **生日 DDMMYYYY** | | **性别M 或 F** | | **关系** | | | | **有关超龄受抚养子女, 请参阅小册子之定义** | | | | | | 原住民身份 |
| **姓氏** | | **名字** | | | 全职大学或学院学生？ \* 是或否 | | | | 残疾家属 \* 是或否？ | |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | 是否 |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | 是否 |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | 是否 |
|  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | 是否 |
| **\* 如果受抚养的子女正在上学院或大学 (中学), 或者如果您的子女为残疾家属, 请完成此申请。您的计划负责人可以为您提供有关这两种情况的详细信息。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | **受益人** | 名字  姓氏 名字 | | | | | 与会员之关系 | | | 百分比不得超过100％ | | | | **仅适用于魁北克居民:** 任何 "配偶" 的指定都被认为是不可撤销的, 除非你在这里检查, 规定配偶的指定是可以撤销的。 | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  |
| **受托人指定**  本部分仅在上述指定受益人未成年的情况下完成。 | | | | | 我在此委任 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 为受托人, 以收取任何应付予18岁以下受益人的款项。 | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **5** | 本人同意收集、使用及披露本人的个人资料，以进行沟通、承保风险、调查及裁决、侦破及防止欺诈、编纂统计资料及按法律要求或授权行事。本人证明此表格中的所有资料均真实无误。本人特此申请我本人或可能获得的保险。我承认，我只是在这个时候或任何将来的时间注册，那些授权我提供他们的信息和同意收集、使用和披露他们的信息用于上述目的的家属。我授权Sirius Benefits计划在必要时交换信息，以确定资格和管理计划。  我指定上述受益人作为我参加该计划所需的任何福利。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **会员签名** | |  | | | | | | | | | **签署日期** | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** |

