**团保申请表**



**请书写此表格的信息，并完整填写各部分。不完整的提交可能会导致延迟。**

# 投保人

法定全名 邮寄地址

城市 省 邮递区号

电话号码 Fax #

公司性质

* + 公司 独资 合伙人 其他

联营公司/附属公司

企业协会名称（如适用）

计划负责人 姓名 电邮

# 要求生效日期

1. **等待时间** (适用于新会员) 90 天 (最少) 180 天 其他:
2. **评级信息（见申请要求之详细说明）**

合格雇员人数 申请计划的员工数 不合格员工数（兼职）

# 保费支付与计费

附首期保险费 $ （支票不能过期）

支付与计费方法 预先授权付款 \* 和电子账单 (通过电子邮件)-附上一张无效支票的副本

提供要使用的电子邮件地址

* + 每月支票及电子帐单 (电邮)

如果你选择其中一个选项，每月收费加币5元。提供要使用的电子邮件地址

* 预先授权付款 \* 和书面账单-附上一张无效支票的副本
* 每月支票和书面账单

\*预先授权付款于每月的1日扣款。

# 资格问题

1. 此计划是否正在取代现有的团保计划？ 是 否

如果是, 请确定保险生效的时间。

列出承保公司

请附上最新账单的复印件

1. 公司是否经营6个月以上？ 是 否

如果是的话，公司何時开始运作

如果没有，前联系总部销售和营销审批后再提交

1. 公司是否在一年中的12个月内处于活跃状态？ 是 否

如果没有,何時它处于非活动状态时

如果没有, 请告知雇员在此期间的工资 (全额或部分工资, 解雇)

1. 您或您的任何员工是否曾经申请过某个项目或在该计划下投保过

由协会综合福利计划或Sirius Benefi计划? 是 否

如果是，何时以及为何终止

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. | 是否所有全职雇员每周至少工作20小时？ | * 是 | * 否 |
| 6. | 合同员工是否在保险范围内？(需事先批准)  如果是, 请提供姓名 | * 是 | * 否 |
| 7. | 雇员会支付100%的伤残保险吗？ | * 是 | * 否 |
| 8. | 公司的所有者是否从事其他职业或业务？ | * 是 | * 否 |

如果是，描述的类型的商业和每周花几小時在这个商业

1. 是否所有员工符合WCB、WSIB或CSST的成员？ 是 否

如果没有，请解释细节

1. 是否所有员工符合EI的成员？ 是 否

如果没有，请解释细节

是否有符合条件的员工因工作或生病而在上班或工作时间减少？有人因车祸而離職

还是赔偿要求？ 是 否

如果是，请提供员工姓名，缺席原因及返工日

1. 残疾员工是否拥有健康及牙医福利？ 是 否

如果是的话，确认时间（最多兩年）

1. **僅限一人/二人公司**

你的实际月收入是多少，如你的个人所得税申报表，在营业费用之后？残疾是基于T-1一般，将根据实际收入计算。

$ / 月

# 保险范围要求

## 级别

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **优惠** | **选项ID** | **最多/范围** |
| 人寿保险/AD&D |  |  |
| 子女寿险 |  | N/A |
| 重大疾病 -会员 | * 是 否 |  |
| 重大疾病 - 配偶 | * 是 否 |  |
| 每周收入 |  |  |
| 长期残疾 \* |  |  |
| 延伸医疗保健 |  | N/A |
| 牙科 |  | N/A |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 业务管理费用\*\* | * 是 否 | 金額 |

\* 业主是否希望 "选择退出" 有限公司？ 是 否

\*\*只有1-4 等級的公司才有资格享受这一保险

保单持有人声明

我们在此要求所有符合条件的会员在此团体下投保。我们理解并同意, 本保险的生效日期为以下最新日期:

1. 本申请所要求的日期；
2. 本申请签署日期后的第一个月；
3. 符合最低录取要求的日期后的第一个月；
4. 根据Sirius Benefits计划准则汇编和销售所有信息的日期。.

我们确认本申请中提供的信息是真实和准确的, 并同意我们的任何虚假信息或声明构成撤销保险的理由。我们同意为政策的健全管理提供一切必要信息, 并确保及时向Sirius Benefits计划提交所有数据。

我们特此授权Sirius Benefits计划, 以安排自动扣除从我们的银行账户在每月 1日, 如果我们选择了此选项下的保费支付和计费部分的应用程序。此授权可随时通过书面请求取消。

**我们提供存款支票$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（金额约为一个月的保费）。我们知道，如果我们决定不继续进行这项计划，我们将放弃保证金，因为它将被保留，以抵消**Sirius Benefits计划**所产生的费用。**

除上述外，据了解并同意遵守以下规则：

1. 如果该组是1-2人组，则每个成员的初始覆盖仅在该组的所有成员的承保/批准后的第一个月生效；
2. 在本集团有效期内不全职全薪工作的雇员，只有在恢复全职、全薪的基础上才有资格申请投保（所有资格要求，包括可保性的证据）；
3. 在医院的有效日期被限制在医院的从业者将有资格在出院时申请投保（所有的资格要求，包括可保性的证据，都适用）。
4. 全职员工是每周工作最少20小时的员工。
5. **保險范围是强制性的：**
   1. **对于所有现有计划的全日制雇员，如果该计划正在取代现有计划；**
      * **如果没有现有的计划，该计划必须有以下最低限度的总体参与，以便批准该计划；**
      * **100%到1-9 lives**
      * **85%到10-24 lives**
   2. **在本计划生效日期后聘用的所有新全职雇员。**
6. 如果预先授权的付款从您的银行，您将有31天来纠正这种情况，并支付所有未缴保费。如果保费在31天内不支付，您的帐户将被视为逾期，并将终止。
7. 一旦有效，取消该程序需要30天通知。

于 簽署

城市，省

投保人代表 職位 簽名

代理人姓名 簽名

Benefits Underwritten or provided by: SSQ Financial Group

Worldcare Solareh

Benefits Administered by: Sirius Benefit Plans