

WCB FACTS 2024



制作公司

制作公司是否需要从曼尼托巴省劳工赔偿委员会（WCB）购买保险？

制作公司需要为其所有劳工购买保险，但艺人除外。艺人包括演员、特技演员以及在摄像机镜头前工作的任何其他人员。艺人不需要拥有劳工赔偿保险；但是，WCB 可向这些个人出售保险。

除艺人外，所有在制作过程中工作的人员是否都被视为劳工？

否。术语“劳工”类似于术语“雇员”，行业中有些人员是以独立承包商的身份工作，而不是劳工。为确定特殊个人的身份，劳工赔偿委员会（WCB）可能需要审核某些因素，如集体协议、雇佣合同、所得报酬的金额和类型，是否支付了专利权和专利使用费等。

制作公司是否能为与制作相关的每位人员提供保险？

是。制作公司可以选择为所有制作相关人员提供保险，包括演员、艺人、导演和编剧等。在某些情况下，这些个人也可被视为独立承包商。为确保独立承包商拥有保险，制作公司必须在登记时申请保险，且每个独立承包商都必须填写保险申请。

填好的申请在购买保险时无需提供给 WCB，但应由制作公司保留，以便在需要提交索赔时提供给 WCB。

购买了选择性保险的个人，包括独立承包商和制作公司 - 是否受到豁免权保护，不受劳工赔偿法（*The Workers Compensation Act*）规定的诉讼？

是。如果制作公司选择为所有制作相关人员提供保险，并在出现工作相关伤病后为相关人员提供完整的申请表，则制作公司和购买了选择性保险的个人都将免于潜在的相互诉讼及所有其他来自有保险的雇主和劳工的诉讼。

对于独立承包商来说，哪些薪酬符合保险资格？

对于 2024 年，每位个体在 \$160,510 以内的薪酬都有资格上保险。

如果有人制作过程中发生工伤，我该怎么办？

一旦获知受伤情况，您应尽快向劳工赔偿委员会（WCB）提出索赔。劳工赔偿委员会（WCB）将确定该个体对象是劳工还是独立承包商；同时，如适用，劳工赔偿委员会还会要求该制作公司提供申请及其他文件的副本。

合同到期后，如果受伤情况及因伤导致的收入损失情况仍然存在，则工资损失赔偿金将根据劳工赔偿委员会（WCB）的 *平均收入* 政策进行计算，并最多按 \$160,510 的选择性保险最高等级予以赔付。我们必须对收入进行核实后才能支付后续的工资损失赔偿金。



我该联系谁来获取更多信息？

如果您对制作公司、艺人和/或独立承包商相关的保险存在疑问，或希望申请保险，请拨打204-954-4505或拨打加拿大境内免费电话1-855-954-4321转4505，或者美国境内免费电话1-855-954-4321转4505联系评估服务部门。

您也可以发送电子邮件至assessmentservices@wcb.mb.ca与我们联系，或将平邮信寄至：

Workers Compensation Board of Manitoba
Assessment Services
333 Broadway
Winnipeg, Manitoba R3C 4W3

或者发送传真至204-954-4900，或在加拿大及美国境内免费拨打：1-866-245-0796。

如果您对赔偿金的计算或支付有疑问，请致电204-954-4321或拨打加拿大和美国境内的免费电话1-855-954-4321联系我们的索赔信息中心（Claims Information Center），并要求与赔付（Payments）部门通话。

您也可以将信寄至：

Workers Compensation Board of Manitoba
Compensation Services
Attention: Payments
333 Broadway
Winnipeg, Manitoba R3C 4W3

该出版物用于基本信息参考，并不用作法律意见且不作为法律依据。如需更多详细信息，请参见 *劳工赔偿法律法规*（*The Workers Compensation Act and Regulations*）以及 *劳工赔偿委员会（WCB）政策*。这些文件可以从劳工赔偿委员会（WCB）网站 www.wcb.mb.ca 获取。



选择性保险申请书 (电影与音乐行业 - 行业代码 505-05)

曼尼托巴省劳工赔偿委员会 (WCB) 的选择性保险可由您自行选择购买, 以确保您在曼尼托巴省工作受伤时获得所需的赔偿金, 从而尽快恢复健康并安全重返工作岗位。

在因受伤而导致工资出现损失时, 选择性保险的赔付额度将根据合同长度计算, 2024 年的最高额度为 \$160,510。合同到期后, 如果受伤情况及因伤导致的收入损失情况仍然存在, 则工资损失赔偿金将根据劳工赔偿委员会 (WCB) 的 *平均收入* 政策进行计算, 并最多按 \$160,510 的选择性保险最高等级予以赔付。在继续支付工资损失赔偿金前, 我们会要求对您的收入进行核实。签署本申请书即表示如果您将来由于在曼尼托巴省受雇于所述项目或与该项目的合同导致或在合同期间出现任何与工作相关的伤病, 您将丧失对您的雇主或合同持有人提出起诉的权利。

制作公司: _____

项目名称: _____

制作开始日期 (日/月/年): _____

个人信息

姓、名、首字母: _____

所申请保险的等级 (上限为选择性保险的最高投保等级): _____

我已阅读并了解以上信息。

签名
(个人或授权机构)

日期

印刷体姓名

职务

见证人签名

日期

印刷体姓名

职务