

# 桃園市保險服務職業工會

## 申請職業災害保險切結書

姓 名		身分證字號												黏貼二吋相片
出生年月日	年 月 日	行動電話												
住家地址	<input type="checkbox"/> ※通訊地址打✓													
公司地址	<input type="checkbox"/> ※通訊地址打✓													
連絡電話		公司電話												
E-mail												傳真		
緊急聯絡人												電話		

### 切 結 書

- 一、申請人符合貴會組織區域內，確實從事保險業務及取得相關認證證件，並屬於無一定雇主或自營作業之勞工，並讚同工會宗旨暨願遵照工會章程規定加入工會成為會員，並依照規定由貴會代辦申報參加勞、健保、保障享受勞工權益。
- 二、申請人不得帶病投保並須親自到會填寫入會申請切結書經核對資料正確暨依指定規定繳費完成後始為正式會員。
- 三、申請人加入工會申報加保如有虛偽不實者，經勞保局或經監事會檢舉查察實屬則，責由理事會周知當事人依法取消被保險人資格並除名退會以及放棄抗辯權。
- 四、當申請人如工作職業變動或聯絡地址變更時，請自行轉出及並告知更動，如未遵照而致任何損失，與貴會無關，特此聲明同時放棄申訴抗辯權。

此 致

桃園市保險服務職業工會

立切結書人：



(簽章)

中 華 民 國 年 月 日

新入會員請在虛線以上以正楷填寫

虛線以下由會務人員填寫

入會日期	年 月 日	投保薪資		會員編號	
審查意見 批 示		眷屬加保 人 數	人	備 註	
理事長					