

大台南保險業務職業工會 入會申請書

會員編號：

姓名		生日	年	月	日	相片
身分證字號：	學歷		性別			
通訊地址 (繳費單寄送地址)						
聯絡電話	(手機)	(宅)				

服務公司		職稱：	公司電話：
------	--	-----	-------

投保薪資		入會日期：	加保日期：
------	--	-------	-------

眷屬加保資料：

稱謂：	姓名：	身分證字號：	出生日期：
稱謂：	姓名：	身分證字號：	出生日期：
稱謂：	姓名：	身分證字號：	出生日期：
稱謂：	姓名：	身分證字號：	出生日期：

檢附：身分證影本 保險登錄證影本 戶口名簿影本 其他證明文件

入 會 聲 明 書

本人贊同 貴會宗旨遵照章程，加入為會員，確實從事保險業，倘有隱疾而利用工會進行帶病加保勞工保險，掛名投保情形或欺騙工會及其他不法之行為，本人願負法律之責任並放棄先訴抗辯權。入會後凡職業、住址、或其他事項有變更或積欠會費、勞、健保費，均須自動到會辦理變更及繳清，若不到會聲明並辦理，本人願受停保處分，停保後發生勞保、健保事故，未能取得給付，其責任本人願自行承擔後果與責任，謹請 准予入會為荷。

另，本人通訊地址若有變更時，應主動通知 貴工會；若因自己疏忽通知，而影響繳費單或公文書之送達，致有損害自身權益時，本人應自行承擔後果。

此致

大台南保險業務職業工會

立書人簽名：

浮貼申請人身分證正面	請浮貼申請人登錄證正面
浮貼申請人身分證背面	其他文件