

# 台中市機踏車修理業職業工會 會員退休勞保職業災害保險加保聲明書

會員證號	
會員姓名	
身分證字號	
生 日	/ /
加保日期	/ /
退休日期	/ /

請詳閱以下注意事項：

1. 退休會員僅加保職業災害保險資格有疑義而被勞工保險局查訪之期間，一但發生勞保給付相關事項，如致無法領取時，由本人自行負責，不得歸責於本會。
2. 如因不實加保，造成勞保給付之申請無法領取時，由本人自行負責並願放棄抗辯權。
3. 對於上述之內容被保險人本人親自閱讀並清楚瞭解，仍願意辦理其加保事項。
4. 會員辦理退休，加保勞保職業災害保險並保有所有會員權利及福利，並依工會規定，繳交相關費用。

聲明人簽章：\_\_\_\_\_



聯絡電話 / 手機：\_\_\_\_\_

代辦人簽章：\_\_\_\_\_



聯絡電話 / 手機：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 聯絡資訊

- ① 電話：04-22279716
- ② 傳真：04-22279717
- ③ 地址：台中市中區中山路 317 號
- ④ E-mail：chi.tache.txg@gmail.com

以下為本會檢核使用，請勿勾選。  經辦人：

修改工會系統  轉入證明  勞保單一  繳費方式設為預設戶  重整季繳繳費單金額：\_\_\_\_\_