

# 新北市推銷員職業工會 通訊辦理入會說明

## 一、提供入會資料

\*LINE 帳號名稱為新北市不動產服務職業工會

請將下列資料傳真至 2283-4225 或以  LINE(ID: @fiw5228a) 完整頁面拍照傳送，需當日加保者請於下午 4 點前完成保費轉帳並主動告知，預先辦理者僅受理 7 日內加保

本人加入勞健保 ◎入會申請書(切結書下方務必本人親簽/日期為加保生效日)

◎身分證正反面 ◎進銷貨憑證 ◎承攬/加盟合約或直銷卡等證明

眷屬依附健保

◎戶口名簿(年滿 18 歲之子女需檢附在學證明)

## 二、保費繳款並主動確認

資料傳送後請主動來電 ☎2283-4226 確認應繳保費及會員號碼，可至聯邦銀行臨櫃填寫電子商務繳款單(不需手續費)，也可採銀行匯款或 ATM 轉帳(手續費自付)。

聯邦銀行(803)蘆洲分行 / 戶名：新北市推銷員職業工會 / 帳號 100160\*\*\*\*\*000

\*字部份為會員號碼 5 碼(會員號碼由本會提供，請勿任意填寫)

## 三、郵寄申請書及名片

加保後 3 日內，請將入會申請書正本(不得使用傳真紙)及名片

郵寄至：24757 新北市蘆洲區正和街 11 巷 2 號-推銷員工會收

## 四、留意投保證明收件

工會收到您的入會申請書及名片後，會將會員須知及投保證明單以平信方式寄送至申請書上所填之通訊處，請務必留意收件。

## 五、費用說明 114 年 01 月起：勞、健保薪資-28,590 元

入會費	1000 元	(入會時繳納；退會不退還)
經常會費	200 元	(每個月)
勞保費	2006 元	(以天數計費；勞保已退休僅投保職災保險者每月 33 元)
健保費	887 元	(眷屬每人每月 943 元⇒健保 887 元+福利團保 56 元)
合計	4093 元	

- 被保險人加保當日不在國內、住院中或重大疾病帶病投保，將可能導致年資取消
- 另有意外團險每月 100 元及醫療團險每月 380 元可參考，需另填寫申請書
- 爾後均採季繳保費，郵寄繳費單至通訊處，繳費管道：  
聯邦銀行、便利超商、ACH 自動扣繳；ACH 自動扣繳須另填單申請
- 服務時間：星期一至五 8:30~12:30；13:30~17:30，國定假日及颱風假均暫停辦公
- 其他資訊請參閱本會網站：



[www.22834226.com](http://www.22834226.com)

114.04 版-共 3 頁

對象	會員本人、配偶、父母/子女	子女
年齡	未滿 75 歲/15~23 歲	未滿 15 歲
◎意外身故保險金	10 萬元	
◎意外失能保險金	5 千-10 萬元	
◎重大燒燙傷保險金	7.5 千-5 萬元	
◎意外傷害-住院日額	400 元	400 元
◎意外傷害-加護病房	400 元	400 元
◎骨折未住院津貼 (按骨折程度給付表最長 60 日)	最高 12,000 元	最高 12,000 元
◎癌症健康保險附約 (生效日起持續有效第 31 日起初次罹患)		
癌症住院醫療保險金 (不限日數)	100 元	
癌症休養保險金 (不限日數)	100 元	
癌症門診醫療保險金 (每日給付限一次)	100 元	
癌症放射線治療保險金 (每日給付限一次)	100 元	
癌症化學治療保險金 (每日給付限一次)	100 元	
癌症手術醫療保險金 (定額給付)	1,000 元	
癌症身故保險金 (須掛腫瘤科)	50,000 元	

會員本人 **免費**

依附健保眷屬每人 **每月 56 元**

### 承保內容說明

- 會員本人、配偶、父母集體承保年齡最高為 65 歲，續保至 75 歲止，子女承保年齡自出生(需正常健康出院)，續保至 23 歲止，逾齡者本保險效力至當年度保單契約到期日(3 月 31 日)自動終止，於保費繳款單中通知。
- 福利團保生效日：1-20 日加保者為次月 1 日，21-31 日加保者為次次月 1 日；  
福利團保終止日：1-31 日退保者為當月月底，身故當月收取全月保費。
- 本保險對象為全體會員及其名下健保眷屬，符合投保年齡者均主動納保，會員本人由經常費項下之福利費支出，健保眷屬每人每月自付 56 元優惠保費(眷屬若不投保須主動告知並填寫眷屬不加保聲明書)。
- 本保險為期一年一約，保險人保有核保與續保與否之權利。
- 本保險理賠申請均由工會統一送件；眷屬各項醫療保險金由該會員代為請領，身故保險金受益人均為法定繼承人。
- 【癌症健康保險附約】需為投保期間第 31 日起初次罹癌，方為生效之保障範圍。
- 被保險人若因故意(包括自殺)、犯罪、違法行為導致住院或身故，皆不予理賠。
- 本保險為集體加保，無個別保單，保單相關條款內容被保險人得主動向要保單位調閱，一切權利義務，悉以承保公司保險單所載以及相關規定為依據。

# 新北市推銷員職業工會入會申請書

會員編號： \_\_\_\_\_ 號

姓 名		公 司 名 稱	
身分證字號		出 生 日 期	年 月 日
室 內 電 話		行 動 電 話	
緊 急 聯 絡 人		電 話 & 關 係	
戶 籍 地 址			
通 訊 處 【繳費單郵寄處】	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 需個別單張繳費單		
申報投保薪資 <small>如欲報高請檢附薪資證明</small>	元 <small>未填者視同以基本薪資申報</small>	依附健保眷屬姓名	
健保特殊身分 <small>符合右列身分時不加健保</small>	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 專技人員 <input type="checkbox"/> 公司被保險人 <input type="checkbox"/> 公司負責人 <input type="checkbox"/> 里長		
重 大 疾 病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____	是 否 懷 孕	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已有身孕 _____ 個月
前單位退保日	年 月 日	➤ 若勞保中斷則將收到國民年金繳款單 ➤ 原單位健保需自行持轉入表辦理轉出	
已檢附證件： <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 戶口名簿 <input type="checkbox"/> 學生證(子女滿18歲) <input type="checkbox"/> 工作證明 <input type="checkbox"/> 薪資證明 其他： <input type="checkbox"/> 委託轉帳代繳申請書 <input type="checkbox"/> 意外團保加保資料表 <input type="checkbox"/> 醫療團保健康聲明書			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px auto; width: 80%;"> <h2 style="margin: 0;">切 結 書</h2> </div>			
<p>本人為無一定雇主或自營作業者，並確實於新北市區域內從事<u>推銷員</u>為主要職業之勞工，今申請入會，將遵守貴會章程及勞工保險相關條例，並願意遵行貴會一切規章及決議案，及按時繳納各種費用及其他一切依法應盡之義務；如需退保時，必以書面告知。若逾期未繳納費用或所填寫及檢送資料不實者，除願負勞工保險條例法律責任外，即由本會自動辦理撤籍停保，一切損失全由本人負責，絕無異議。</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 本人負有主動查詢委辦業務進度之義務，已了解工會僅提供協助服務。</li> <li>✓ 本人若電話地址變更將主動通知貴會更新聯絡資料，並同意欠費滿半年或無勞保會員欠費滿3個月時由貴會主動停權並申報退保。</li> <li>✓ 本人填寫之投保金額確實為實際薪資，如有異動將主動通知貴會辦理調薪，爾後如遇勞健保局查核薪資低報時，已了解將追補短繳保費並有2-4倍罰鍰等相關條例。</li> <li>✓ 本人加保時須在本國境內，若查核到不符加保資格者，將逕予強制退保，溢繳保費不退還。</li> </ul>			
立切結書人：		簽 章	
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

審查結果：同意    不同意；理由 \_\_\_\_\_

理事長： \_\_\_\_\_ 承辦人： \_\_\_\_\_ 會員證發給日： \_\_\_\_\_ 工作證明電腦存檔    114.04 版