

彰化縣網路平台外送員職業工會會員入會申請書

姓 名		性別	出 生 年 月 日			籍 貫 (出生地)		身 分 證 編 號								
		☐ 男 ☐ 女				省 (市)		縣 市								
詳 細 地 址						電 話		學 歷	☐ 無 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中 ☐ 高職 ☐ 專科 ☐ 大專以上_____						☐ 畢業 ☐ 肄業	相 片 二 張
戶 籍						宅										
通 訊 地 址						公										
Email						手 機										
LineID																
申 請 事 項	1. 本人確實從事網路平台外送工作或網路平台相關工作，自願加入彰化縣網路平台外送員職業工會為會員，並投保勞工保險及健康保險。 2. 凡貴會一切規定及章則，自當遵守，如有違反願依規定，依情節停權或退會並負賠償責任，請即准予入會。					切 結 條 文	1. 確實在本縣或中部地區從事無一定雇主之網路平台外送工作或網路平台相關工作。 2. 按期(三個月)繳納常年會費、勞、健保費等，若逾期三個月未繳各項費用或不可抗拒之原因未聯絡貴會，同意自願辦理退會、退保勞工保險及全民健康保險，衍生滯納金等相關會費應繳納完畢。 3. 如因故(轉業、逾期未繳費)應至工會辦理退保退費手續，未辦理者導致勞、健保局產生欠費情形致影響保險權益則由會員本人(被保險人)自行負責。 4. 本人入會加保時，身體健康確為無恙，倘有違背者放棄先訴抗辯權，並依勞健保法規辦理。 5. 本人已詳閱並了解繳費方式，如有侵害工會權益或違背勞保、健保規章及切結條文等情事，申請人及保證人願負賠償責任，並放棄先訴抗辯權。 申請人：									
申 請 人	當 事 人	芳 名	蓋 章		民國 年 月 日申請入會 勞、健保投保日： 年 月 日											
	申 請 人				詳 細 住 址						電 話			會 籍 號 碼		
	介 紹 人 (須為本會會員)															
	保 證 人													關 係		
審 核 結 果	理 事 長	理監事複查簽章		經 辦 人	核 准 入 會 日 期		會 籍 號 碼		檢 附 資 料	1. 身分證正反面影印本一張。 2. 相片兩張。 3. 入會時需先繳納： 入 會 費：1,500元 (110年12月31日前入會費1000元) 經常會費：200元						
					年 月 日		彰縣外送字第_____號									

彰化縣網路平台外送員職業工會會員參加勞工保險從業證明切結書

所屬平台	☐ Uber Eats(優食) ☐ foodpanda(熊貓) ☐ 戶戶送(Deliveroo) ☐ GoGovan ☐ 有無快送(yo-woo) ☐ foodomo ☐ Quick Pick ☐ Cutaway ☐ 小蜂鳥 ☐ 全球快遞 ☐ 其他()
切結事項	1. 勞工保險係在職保險，確實在中部地區從事網路平台外送或網路平台相關工作，依法在工會加保。 2. 本證明切結書需由加保會員親填，證明勞工確實從事網路平台外送或網路平台相關工作。 3. 受雇單位如確實雇用勞工，且員工在五人以上者，依規定不得由工會加保，須由雇主辦理加保。 4. 勞工在工會加保應確屬自營作業或無一定雇主之勞工，若有加保不實而遭勞保局取消資格，依法需賠償已領之保險給付且已繳之保費不予退還，另受雇單位或勞工因不實申報所衍生之法律糾紛，均由勞工本人負責與工會無涉。 5. 會員加保後應按時繳納保費，受雇單位有變動，或轉由公司加保，應即至會辦理變更及退保手續。
此 致 彰化縣網路平台外送員職業工會 勞工本人： (簽名或蓋章) 中 華 民 國 年 月 日	

一、 本會會員人數符合團保加保人數後，得享福利團保---意外 50 萬保障：

承 保 內 容	保 額
意外傷害身故、失能保險金	50 萬元
意外傷害醫療保險金(住院日額型) /最高 90 日	500 元

二、 本會會員符合前項人數，得另自費參加優惠團體保險，自行勾選如下：

承 保 內 容	保 額
意外傷害身故、失能保險金	100 萬／月費 100 元
意外傷害醫療保險金(住院日額型) /最高 90 日	1000 元
自費參加優惠團體保險(勾選)	

- 承保年齡15歲起至70歲為限，續保至75歲。被保險人酒駕、故意行為及犯罪行為不予理賠。
- 承保職業類別1~3類，非執行平台運送職務期間超過1~3類不予理賠。
- 詳細內容依保單條款為準，保險公司保留最後承保與否之權利。
- 工會之福利團保，於當月25日前入會者次月1日生效，若因團保契約內容致保險公司婉拒承保或不理賠時，本人絕無異議。

三、本會另有超跑險(第三責任及超額責任險)，若有需求請告知，由專人評估費率，「若為營業用的機車費率另外計算並請主動告知。」

本人已充分了解工會福利團保

會員簽名：

年 月 日