

台南市葬儀商業同業公會

團體意外險加保申請書

茲 申請台南市葬儀商業同業公會團體意外險加保申請書，
願意遵守貴公會相關管理辦法。

商
號
用
印

--

負
責
人
用
印

--

公司行號		會員編號	
負責人姓名		行動電話	

◎以下請正確. 且工整書寫要保人詳細資料◎

A 加 保 人	加保人姓名		B 加 保 人	加保人姓名			
	身 分 證	字 號			身 分 證	字 號	
		出生年月日				出生年月日	
	性 別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.		性 別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.		
	聯 絡 地 址			聯 絡 地 址			
	行 動 電 話			行 動 電 話			
	與負責人關係			與負責人關係			

★請檢附加保人身分證影印本。(人數依需要可於背面續增加)

申請人簽章：

申請日期：中華民國 年 月 日

C 加保人	加保人姓名			D 加保人	加保人姓名		
	身	字號			身	字號	
		出生年月日					出生年月日
	分	性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.		分	性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.
		聯絡					聯絡
	證	地址			證	地址	
		行動電話					行動電話
與負責人關係				與負責人關係			
E 加保人	加保人姓名			F 加保人	加保人姓名		
	身	字號			身	字號	
		出生年月日					出生年月日
	分	性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.		分	性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.
		聯絡					聯絡
	證	地址			證	地址	
		行動電話					行動電話
與負責人關係				與負責人關係			