

慈濟大學學生團體保險【自願放棄】切結書

(填寫此表前，請先詳細閱讀注意事項)

112.04 版

注意事項：

1. 本校依據大學法第三十四條規定辦理「學生團體保險」，凡具備本校學籍之學生，皆具有參加保險資格，為維護個人權益，敬請謹慎考量是否參加保險。
2. 學生團體保險非強制性，依教育部規定，如選擇自願放棄學生團體保險者，教育部不予補助，且須簽署切結書，並於開學 7 日內送達本校衛生保健組，未依期限辦理者，一律視同同意加保。
3. 有關學生團體保險業務請洽詢衛生保健組（電話：03-8565301 分機 1208），郵寄地址：970 花蓮市中央路三段 701 號 衛生保健組收。
4. 本校為辦理學生團體保險之目的，須蒐集學生姓名、系/所、學號、生日、電話、地址（C001 辨識個人者及 C011 個人描述）等個人資料，在立書人所述期間於校務地區內進行相關業務聯繫。本校於蒐集您的個人資料時，如不同意填寫或項目遺漏，可能會無法完成此業務。如欲更改資料或行使其他個人資料保護法第 3 條的當事人權利，請洽本校衛生保健組。

學生姓名：_____ 系/所：_____ 學號：_____

出生日期：民國____年____月____日，自____學年度第____學期至____學年度第____學期止，共____學期，選擇**自願放棄**學校辦理之學生團體保險，於未投保期間如發生疾病或意外事故，導致身故、殘廢或接受醫療時，皆不得向學校與保險公司申請理賠給付，特此證明。

此致 **慈濟大學**

立書人(學生本人)簽名：_____

聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

法定代理人同意簽名：_____

(未滿 18 歲者，需法定代理人同意，已成年及未成年已婚之學生由本人簽署)

立書日期：中華民國____年____月____日

備註：本切結書影本於____年____月____日以當面遞交 郵寄給學生/法定代理人存查。