

學生團體保險聲明書

111/06/27 修訂版

班 級	學 號	姓 名	學籍狀態
			<input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 退學

保險相關規定：

1. 在學期間，符合參加學生團體保險規定，未在開學兩周內提出異議，視同願意投保學生團體保險。
2. 退學，即喪失學籍，發生意外事故無法申請學生團體保險理賠(以下免填)。
3. 休學期間，仍保留學籍，符合參加學生團體保險規定；若願意繼續投保學生團體保險，請依規定繳納保險費用，保障權益。

投保意願	保險期間	備註
<input type="checkbox"/> 我不願意投保 (發生意外事故，無法申請 學生團體保險理賠)	_____學年度 <input type="checkbox"/> 上學期 <input type="checkbox"/> 下學期 _____學年度 <input type="checkbox"/> 上學期 <input type="checkbox"/> 下學期	不須繳費
<input type="checkbox"/> 我願意投保 (投保期間，可申請學生團 體保險理賠)	_____學年度 <input type="checkbox"/> 上學期 <input type="checkbox"/> 下學期 _____學年度 <input type="checkbox"/> 上學期 <input type="checkbox"/> 下學期	立即繳費，並 參閱繳費說明

4. 繳費說明

(1)繳費方式:請至本校出納組繳交或 ATM 轉帳匯款；轉帳後請 E mail 告知：

學生團體保險費用、帳號後五碼及學生姓名 (dadha00@ems.tcust.edu.tw)

數字

銀行：花蓮二信營業部(代碼：216)；帳號：01000400215156

戶名：慈濟學校財團法人慈濟科技大學

(2)學生團體保險費應繳 401 元/每學期(已扣除教育部補助額 50 元/每學期)。

5. 未繳交學生團體保險費用或學生團體保險聲明書，視同不願意投保學生團體保險。

當 事 人：

法定代理人：(20 歲免填)

電話或手機：

住址：

年 月 日

※填妥後，請送至衛生保健組