

學生團體保險聲明書

科 系	班 級	學 號	學籍狀態
			1. <input type="checkbox"/> 在學 2. <input type="checkbox"/> 休學 3. <input type="checkbox"/> 退學

本人_____了解保險相關規定：

1. 在學期間，符合參加學生團體保險規定。
2. 休學期間，仍保留學籍，符合參加學生團體保險規定。
3. 退學，即喪失學籍，此後發生任何外事故無法申請學生團體保險理賠。

_____學年度，**我願意**繼續投保學生團體保險，並依規定繳納保險費用，保障權益。學生團體保險費 375 元/每學期×2 學期=750 元(教育部補助每人/學期 50 元)。

※繳費方式:至會計室繳交或本人 ATM 或匯款至 01000400215156 慈濟科技大學花蓮二信營業部，並傳真繳費收據至學校衛保組 FAX:03-8466340

_____學年度上學期下學期，**我不願意**投保學生團體保險，此後發生任何意外事故，無法申請學生團體平安保險理賠。

備註:若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)

聯絡電話或手機：

見證人(班導師)：

住址：

年 月 日

※填妥後，請送至衛生保健組