# 中 山 醫 學 大 學

## 自願**放棄投保學生團體保險**聲明書

為保障學生因疾病或意外事故致使家庭遭受生命與經濟上之損失，特辦理學生團體保險業務，希望每位同學皆能參加此學生保險。如不克參加請務必將此聲明書填寫完畢並繳交本校身心健康中心。**《所有欄位皆需詳實填妥》**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 休學區間 | _____學年度/第____學期 | | 起訖日____年____月____日 至____年____月____日 | | □投 保<br>□棄 保 |
| | _____學年度/第____學期 | | 起訖日____年____月____日 至____年____月____日 | | □投 保<br>□棄 保 |
| 基本資料 | 學生姓名 | | 系所 / 班級 | _____系_____年級 | □大 學<br>□碩/博班 |
| | 學 號 | | 生 日 | _____年_____月_____日 | |
| | 身分證字號<br>(居留證號) | | 手機號碼 | | |
| | 通訊地址： | | | | |

本人確實瞭解學生平安保險之意義，茲因個人因素考量，於休學期間不參加學生平安保險並放棄政府補助保費之權利，任何保險責任概與中山醫學大學無關，自行負責一切後果。

此致

中山醫學大學

學生聲明人(**親簽**)：

家長、法定代理人 (**親簽**)：

★ **未滿 18 歲者** 家長/法定代理人須共同簽署此聲明書。

備註：1.請確實填妥上述欄位，於印出後親簽，如有虛偽不實或偽造簽名者，由代簽者自行負責。

2.本聲明書依臺教學（二）字第 1040158320B 號令辦理。

3.中山醫學大學學務處身心健康中心 業務承辦人專線 04-3609-7187。

4.學生平安保險內容 QR code。