

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		<input type="checkbox"/> 投保 <input type="checkbox"/> 棄保
	_____學年度/第_____學期	起訖日_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		<input type="checkbox"/> 投保 <input type="checkbox"/> 棄保
基本資料	學生姓名	系所 / 班級	_____系_____年級	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩/博班
	學號	生日	_____年_____月_____日	
	身分證字號 (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04-3609-8815。

4. 學生平安保險內容QR code。

