**文藻外語大學【不參加】學生團體保險切結書**

 **教育部法規(104.12.28)明載，學校需書面將學生不參加本保險之情事，通知家屬。**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(班級\_\_\_\_\_\_\_\_學號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)自\_\_\_\_\_學年度第\_\_\_\_\_學期

起至\_\_\_\_\_學年度第\_\_\_\_\_學期止，因 □健康 □家庭 □經濟 □工作 □兵役

□其他 因素，**不參加「學生團體保險」，自願放棄任何理賠之權益，**

**日後亦不得有異議，特立此書。** 此 致 文藻外語大學衛生保健組

**立書人簽章： 身分證字號： 聯絡電話：**

**家長或配偶簽章： 聯絡電話：**

**聯絡住址:**

**備註:**

**中 華 民 國 年 月 日**

**請親筆填寫所有資料／欄位，勿使用電腦打字** 編號:

※線上續休或郵寄休學者，可選擇以下一種方式繳回衛生保健組。

1.郵寄掛號，至「文藻外語大學衛生保健組收」 (807高雄市三民區民族一路900號）

2.傳真電話 : (07) 347-4102，傳真後請來電確認，衛生保健組電話為(07)342-6031轉2245。

※本表資料僅供學生團體保險使用，依個資保護法善盡收集與利用之責，所蒐集之資料

 由衛生保健組保存3年，屆期銷毀。