

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。