

德育學校財團法人德育護理健康學院 學生團體保險意願單

「教育部補助私立大專校院辦理學生團體保險作業原則」規定學生團體保險(以下簡稱本保險)非強制性，各校應鼓勵全體學生參加。選擇不參加本保險之學生，本保險所有保障及教育部之部分補助皆視同放棄；如因疾病或意外事故，導致身故、殘廢或接受醫療時，亦不得向學校或保險公司申請理賠。棄保者需由家長簽署切結書，已成年學生，得由本人簽署。

參加學生團體保險

不參加學生團體保險 (需填寫下列「學生團體保險放棄投保切結書」)

德育學校財團法人德育護理健康學院學生團體保險放棄投保切結書

基本資料	學生姓名		學 號	
	部 別	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修學制	系科 / 班級	
	聯絡電話	住宅： 手機：	身份類別	<input type="checkbox"/> 休學(含續休) <input type="checkbox"/> 延修 <input type="checkbox"/> 其他_____
	休學年限		備 註	

本校依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條規定，告知您下列事項：

- 一、本校取得您的個人資料，目的在於學生保險管理記錄之用，不會提供給無關之第三方單位使用。
- 二、本校蒐集您的個人資料，依個資法第3條規定，您有權利查詢閱覽、補充或更正、停止蒐集處理或利用。

本人已詳閱個資法第8條所告知事項，同意本校蒐集、處理及利用個人資料。

茲聲明不參加學生團體保險自____學年度第____學期至____學年度第____學期，自願放棄參加學生團體保險(未滿18歲者經家長同意)，期間校定保險之所有保障及教育部之部分補助皆視同放棄。
此致
德育學校財團法人德育護理健康學院

立同意書人(學生)：

(表單資料請務必填寫完整)

家長、法定代理人(未滿18歲需填寫)：

日期：

(學校留存聯)

德育學校財團法人德育護理健康學院學生團體保險放棄投保切結書

基本資料	學生姓名		學 號	
	部 別	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修學制	系科 / 班級	
	聯絡電話	住宅： 手機：	身份類別	<input type="checkbox"/> 休學(含續休) <input type="checkbox"/> 延修 <input type="checkbox"/> 其他_____
	休學年限		備 註	

茲聲明不參加學生團體保險自____學年度第____學期至____學年度第____學期，自願放棄參加學生團體保險(未滿18歲者經家長同意)，期間校定保險之所有保障及教育部之部分補助皆視同放棄。
此致
德育學校財團法人德育護理健康學院

立同意書人(學生)：

家長、法定代理人(未滿18歲需填寫)：

日期：

(學生留存聯)