

國立臺北商業大學進修部

學生團體平安保險聲明

(僅限休學生填寫)

- 一、依據國立臺北商業大學學生團體保險契約第八條辦理。
- 二、保險範圍：被保險人在本契約的保險責任期間以內，因意外傷害及疾病所致之身故、殘廢或必需之醫療，但疾病僅限住院治療。(門診治療不在保障範圍之內)由保險公司依照契約的約定給付保險金。
- 三、保險對象：**學生團體保險對象**，是指具有本校具學籍之學生。
- 四、保險期間：上學期生效日期:8月1日起至次年1月31日止
下學期生效日期:2月1日起至7月31日
- 五、保險費：每學年度每學期若休學學生要投保，請事先繳納保險費(分上、下學期繳納)。
- 六、保險理賠申請時效：由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。
- 七、休學學生若選擇投保學生團體保險，請同學於每年2月底(下學期休學者)或9月底(上學期休學者)以前自行到出納組繳納保險費，逾期視同放棄投保，並不得申請理賠。
- 八、學務處進修部聯絡電話 2322-6245 (平日上班時間為週一至週五下午起)。

-----沿此撕下同意投保學生留存-----

放棄投保

本人於____年____月____日辦理休學，生輔組為維護本校學生之安全及照顧，已將休學生之學生團體保險權利及所需保費詳細說明，本人並已了解、知悉，但因____考量，仍**決定放棄**學生保險

放棄投保學年度(請詳填方框內資料)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ____學年度第1學期 |
| <input type="checkbox"/> ____學年度第2學期，特此聲明。 |

- 二專 二技 四技 EMBA
其他_____

系科年班：_____學號：_____

學生簽章：_____

生日：____年____月____日

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

家長簽章：_____
(未滿20歲者，需家長或監護人簽章)

承辦員：_____

中華民國____年____月____日

同意投保

本人於____年____月____日辦理休學，生輔組為維護本校學生之安全及照顧，已將休學生之學生團體保險權利及所需保費詳細說明，本人並已了解、知悉，並**同意投保**學生團體保險且繳納保險費。

保險投保學年度(請詳填方框內資料)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ____學年度第1學期 |
| <input type="checkbox"/> ____學年度第2學期，特此聲明。 |

- 二專 二技 四技 EMBA
其他_____

系科年班：_____學號：_____

學生簽章：_____

生日：____年____月____日

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

家長簽章：_____
(未滿20歲者，需家長或監護人簽章)

承辦員：_____ 已繳費

中華民國____年____月____日