

# 元培醫事科技大學

## 學生團體保險放棄同意書

基本資料	學生姓名		學號	
	部別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部	部別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 二技部 <input type="checkbox"/> 四技部 <input type="checkbox"/> 進修專校
	連絡電話	住宅： 手機：	科系班級	
	身分類別	<input type="checkbox"/> 延畢 <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學	身分證字號	

注 不參加學生團險的原因：\_\_\_\_\_

茲聲明\_\_\_\_\_學年第\_\_\_\_\_學期-\_\_\_\_\_學年第\_\_\_\_\_學期，不參加學生團體保險，自願放棄投保之權益，期間若發生事故，本人及家屬不得享有及申請相關理賠權益，日後不得提出異議。

放棄區間：\_\_\_\_\_ .08.01-\_\_\_\_\_ .01.31，\_\_\_\_\_ .02.01-\_\_\_\_\_ .07.31。

立同意書人簽名（學生）：\_\_\_\_\_

家長或法定代理人簽章（學生未滿18歲需家長簽章）：\_\_\_\_\_

備註：

1. 選擇不參加學生團體保險者，應於每學期開學後 2 週內，將個人資料填入本同意書中，完成本人簽章後繳至生輔組辦理，逾期概不受理。
2. 休學期間如欲參加學生團體保險請於每學期開學 2 週內，自動通知生輔組並至出納組完成繳費手續；若逾期未完成，則視同未加保並放棄所有保險權益。本組將不另行通知，日後不得有任何異議。

**【元培醫事科技大學 履行個人資料保護法告知義務暨當事人同意書】**

元培醫事科技大學（以下稱本校）依據個人資料保護法（以下簡稱個資法）第八條第一項規定，向台端告知下列事項，請詳閱並同意本校於下列事項一~三範圍內，得蒐集、處理及利用台端資料：

- 一、蒐集之目的：001 執行人身保險業務
- 二、蒐集之個人資料類別：不參加學保切結書之個人資料
- 三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
  - (一)期間：切結日起算 10 年。
  - (二)地區：本國。
  - (三)對象：本校、學生保險承保之保險公司。
  - (四)方式：紙本保存學務處生輔組。
- 四、依據個資法第三條規定，台端就本校保有台端之個人資料得行使下列權利：
  - (一)得向本校查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本校依法得酌收必要成本費用。
  - (二)得向本校請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
  - (三)得向本校請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本校因執行業務所必須者，不依台端請求為之。
- 五、台端不提供個人資料所致權益之影響：台端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟台端若拒絕提供相關個人資料者，恐無法辦理退保相關作業，將視同繼續加保。

中 華 民 國 年 月 日