

學生保險 解除責任聲明書

致：聯豐亨保險有限公司

本人_____（監護人/法定監護人姓名），身份證編號：_____，聲明為_____（學校名稱）_____學生（學生身份證編號：_____）的監護人/法定監護人，該學生於_____年_____月_____日因學校活動意外引致_____受傷，現已完全康復，隨函附上有關醫療費收據及相關文件如下：

1. 醫療收據正本共_____份，金額合共澳門幣 (MOP) _____，為是次意外已支付的全部費用；
2. 疾病證明書正本_____份；
3. 康復證明書正本_____份。

本人確認該學生曾 / 沒有（請刪去不適用者）就上述學校活動意外在仁伯爵綜合醫院就診，就診日期由_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，相關仁伯爵綜合醫院的醫療費用 已經（並隨上述項目 1. 文件附上） / 仍未（請刪去不適用者）由本人支付。

當收到上述款項後，本人同意解除上述學校、教育暨青年局及聯豐亨保險對是次意外的全部責任。特此聲明。

監護人/法定監護人簽名

*請依照身份證之印鑑簽署

日期：_____

聯絡電話：_____