

**學生保險**  
**解除責任聲明書**

致：忠誠澳門保險股份有限公司

本人 \_\_\_\_\_ (監護人/法定監護人姓名)，身份證編號： \_\_\_\_\_，聲明為 \_\_\_\_\_ (學生姓名)，學生身份證編號： \_\_\_\_\_，就讀於 \_\_\_\_\_ (學校名稱)的學生之監護人/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，而就上述意外有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、教育暨青年局及忠誠澳門保險股份有限公司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： \_\_\_\_\_