附件3

**放弃投保确认书**

我充分了解学生平安保险保障范围和重要性，现自愿放弃购买学生平安保险。我明白如果在校期间发生任何意外伤害或疾病，我将不能享受学生平安保险所提供的医疗费用报销和各类赔偿，并愿意承担因未购买学生平安保险可能带来的风险和责任。

|  |
| --- |
| 学院、专业、班级（全称）：  |
| 学生签名： |
|  |
|  |
| 日期： 年 月 日 |