**自愿放弃大学生平安保险承诺书**

本人已充分知晓学校、保险公司关于大学生平安保险的相关政策。按照自愿购买商业保险的原则，自愿放弃购买学校建议的大学生平安保险（按学制每人每年60元保险费）。

如在校期间因意外伤害造成门诊或住院，或因重大疾病住院所发生的一切费用开支，本人及家庭有经济能力妥善解决，保证不会向学校提出任何要求和条件，本人及家庭同意按照国家、浙江省等相关部门文件严格执行。

所在系别：

专业班级：

学生（签名）

家长（签名）

家长联系电话：

日期： 年 月 日