**承 诺 书**

本人现依托平台单位灵活就业，通过保险公司或平台缴纳了意外伤害保险，保险费由个人支付。对所填报《新形态灵活就业从业人员意外伤害保险补贴申请表》信息真实性负责，如存在弄虚作假、骗取补贴的行为，返还全部冒领补贴资金，列入失信名单并承担相应责任。

个人签字：

年  月  日