**异地就医意外伤害个人承诺书**

姓名 （身份证件号码： ），需办理异地就医意外伤害业务，现承诺在医院住院，属于非因工意外伤害及无第三方责任人，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日