

**在保证明**

|  |  |
| --- | --- |
| **险种：** | **雇主责任险** |
| **保单号：** | **12909003902547039751** |
| **被保险人：** |  |
| **保险期限：** | **自2024年10月01日00时起至2024年10月31日时止** |

**保障方案：**

|  |  |
| --- | --- |
| **赔偿项目** | **赔偿限额** |
| **意外身故/残疾** | **80万** |
| **意外医疗** | **10万/人，0元免赔额，100%赔付** |
| **住院津贴** | **150元/天，0天免赔，最长180天** |