

机动车交通事故责任强制保险投保单

交强险投保单号: 6205072024150626004195



欢迎您到中国人寿财产保险股份有限公司投保! 请您在投保前务必仔细阅读相关保险条款, 特别注意责任免除、投保人及被保险人义务、赔偿处理等内容, 据实回答本公司就投保事项提出的相关询问, 并在对打印的投保单确认后用蓝色或黑色墨水笔做出投保人声明。每辆机动车只需投保一份机动车交通事故责任强制保险, 为获得较充分的保障, 您可自愿选择投保商业机动车保险。投保后相关内容若发生变动, 请及时通知本公司。您可登录我司官网: www.chinalife-p.com.cn 对保单进行查询、下载及验真。

1、投保人、被保险人信息		<input checked="" type="checkbox"/> 单车 <input type="checkbox"/> 车队		本次投保数量	1	大客户协议号	
投保人	投保人名称/姓名	乌审旗苏力德苏木中心卫生院				国籍/注册地	
	联系人姓名	王小红	移动电话	15248449577		固定电话	15248449577
	投保人住所	嘎鲁图镇				电子邮箱	
被保险人	■法人或其他组织名称: 乌审旗苏力德苏木中心卫生院		证件号码	12152727461140698T			
	联系人姓名	王小红	移动电话	15248449577		固定电话	15248449577
	被保险人住所	嘎鲁图镇				电子邮箱	

注: 为确保您能享受本公司优质的客户服务, 请务必详细提供以上信息。

2、投保车辆资料信息		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无						
车辆信息	被保险人与机动车的关系	<input checked="" type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 管理		行驶证车主	乌审旗苏力德苏木中心卫生院			
	号牌号码	蒙KDP020		号牌底色	<input checked="" type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 黑 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 白蓝 <input type="checkbox"/> 渐变绿 <input type="checkbox"/> 黄绿双拼 <input type="checkbox"/> 其他颜色			
	厂牌型号	大通SH5041XJHA2D5救护车			发动机号	R919A032099		
	VIN码	LSKG5GC11KA102184						
	核定载客	8人		核定载质量	0千克		排量/功率	2.499(L)
	初次登记日期	2020年03月		已使用年限	4年		已行驶里程	0.00公里
	车身颜色	<input type="checkbox"/> 黑色 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 红色 <input type="checkbox"/> 灰色 <input type="checkbox"/> 蓝色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 绿色 <input type="checkbox"/> 紫色 <input type="checkbox"/> 粉色 <input type="checkbox"/> 棕色 <input type="checkbox"/> 其他颜色						
	机动车种类	<input checked="" type="checkbox"/> 客车						
	机动车使用性质	<input type="checkbox"/> 家庭自用 <input type="checkbox"/> 非营业企业 <input checked="" type="checkbox"/> 非营业党政机关、事业单位 <input type="checkbox"/> 非营业个人 <input type="checkbox"/> 出租/租赁 <input type="checkbox"/> 城市公交 <input type="checkbox"/> 公路客运 <input type="checkbox"/> 营业性货运 <input type="checkbox"/> 营业性旅游						
	新增设备	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无		新增设备是否投保		新增设备重置价之和		0元
	是否二手车	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		二手车交易价格	万元		上年赔款0次	连续2年无赔款
	上一年度交通违法	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无		是否续保	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		车辆有无改装	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
行驶区域	<input checked="" type="checkbox"/> 中国境内(不含港澳台) <input type="checkbox"/> 投保地所属省级行政区内 <input type="checkbox"/> 场内, 描述:							

3、投保事项

期望保险期间		自 2024年11月11日00时00分起 至 2025年11月10日24时00分止					
交强险	死亡伤残赔偿限额	180,000.00元	无责死亡伤残赔偿限额	18,000.00元	基础保费	1070.00元	
	医疗费用赔偿限额	18,000.00元	无责医疗费用赔偿限额	1,800.00元	与道路违法行为和交通事故联系浮动比例		-50.00%
	财产损失赔偿限额	2,000.00元	无责财产损失赔偿限额	100.00元	保险费合计(人民币大写): 伍佰叁拾伍元整(¥: 535.00元) 其中救助基金(0%) ¥ 0.00元		
	特别约定						
交强险请勿重复投保, 重复投保仍只能获得一份保障。若您本次不在本公司投保交强险, 请告知交强险投保情况:							
交强险保单号		交强险承保公司					
合同争议解决方式选择			<input checked="" type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 调解 <input type="checkbox"/> 提交 <input type="checkbox"/> 仲裁				
车船税	总质量	2975.00千克	整备质量	2975.00千克	若投保人无法提供整备质量信息, 按以下公式计算: 整备质量=总质量-核定载质量		
	纳税人识别号: 12152727461140698T	应纳税额: 900.00元		车辆注册地(地市): 鄂尔多斯市			
	完税凭证(减免税证明号)	开具税务机关		国家税务总局达拉特旗税务局			

投保人声明: (1) 本人所填写的投保单已附保险条款, 并且保险人已向本人明确说明了保险条款的内容, 尤其是保险责任、各项赔偿限额、责任免除、投保人及被保险人义务、赔偿处理、免赔率与免赔额、特别约定等内容, 本人已充分理解并接受, 同意以此投保单作为订立保险合同的依据。(2) 本投保单所填写的各项内容及本人提供的资料均真实有效, 本人清楚故意或因重大过失未履行如实告知义务的法律后果。(3) 本人同意并授权保险人因监管机构要求, 签订车辆保险合同、代缴车船税及基于本保险合同提供的理赔服务等工作需要采集、处理、传递和使用本人个人信息。前述“个人信息”可能包括但不限于本人的身份信息、缴费账户、驾驶行为、电子设备信息及操作日志、车辆信息, 以及其他与本人相关的信息。(4) 本人购买机动车交通事故责任强制保险时, 保险人已就代缴车船税事务向本人进行告知, 本人在购买机动车交通事故责任强制保险时未按规定缴纳车船税的, 相关责任由本人承担。

投保人签名/签章:
2024年11月11日

业务标识: <input type="checkbox"/>	初审人签名:	
业务来源 <input type="checkbox"/> 直接业务 <input checked="" type="checkbox"/> 互动业务 <input type="checkbox"/> 门店业务 <input type="checkbox"/> 电话业务 <input type="checkbox"/> 网上业务 <input type="checkbox"/> 经纪业务 <input type="checkbox"/> 个人代理 <input type="checkbox"/> 兼业代理 <input type="checkbox"/> 专业代理 <input checked="" type="checkbox"/> 代理(经纪) 人名称: 中国人寿保险股份有限公司乌审旗支公司 业务归属机构: 国寿财险内蒙古鄂尔多斯乌审旗互动一部(乌审旗) 归属业务员(签名): 业务员代码: 15110500001648		
验车验证情况	<input type="checkbox"/> 需验车 <input checked="" type="checkbox"/> 免验车 <input type="checkbox"/> 已验车	验车验证责任人(签名):

投保单号： 6205072024150626004195

机动车交通事故责任强制保险费率浮动告知单

尊敬的投保人： 乌审旗苏力德苏木中心卫生院

您的机动车投保基本信息如下：

车牌号码： 蒙KDP020

号牌种类： 小型汽车号牌

发动机号： R919A032099

识别代码（车架号）： LSKG5GC11KA102184

浮动因素计算区间： 2024年11月11日00时00分起 至 2025年11月11日00时00分 止

根据国家金融监督管理总局批准的机动车交通事故责任强制保险（以下简称交强险）费率，您的机动车交强险基础保险费是：人民币 1070.00元

您的机动车从上年度投保以来至今，发生的有责任道路交通事故记录如下：

序号	赔付时间	是否造成受害人死亡
----	------	-----------

或者：您的机动车在上 3 个年度内未发生道路交通事故。

根据国家金融监督管理总局公布的《机动车交通事故责任强制保险费率浮动暂行办法》，与道路交通事故相联系的费率浮动比率为： -50.00%

交强险最终保险费=交强险基础保险费×（1+与道路交通事故相联系的浮动比率）

本次投保的应交保险费：人民币 535.00元 （大写：人民币：伍佰叁拾伍元整）

以上告知，如无异议，请您签字（签章）确认。

投保人签字（盖章）：

日期： 2024年 11月 11日





机动车商业保险/机动车交通事故责任强制保险投保单

投保单号: 6205212024150626002569

交强险投保单号: 6205072024150626004195

欢迎您到中国人寿财产保险股份有限公司投保! 根据保险法的要求, 我公司就保险标的、被保险人的有关情况提出询问的, 您应当如实告知。在您填写本投保单前, 请先详细阅读我公司提供的机动车综合商业保险条款及《机动车交通事故责任强制保险条款》, 阅读条款时请您特别注意保险条款中的保险责任、责任免除、投保人被保险人义务、赔偿处理等内容, 并听取保险人就条款(尤其是免除保险人责任的条款)所作的明确说明。在充分理解条款后, 您再填写本投保单各项内容(请在需要选择的项目前的“□”内划√表示)。为合理确定投保车辆的保险费, 确认您已按保险法的相关要求履行如实告知义务, 保证您获得充足的保障, 请您认真填写每个项目, 确保内容的真实可靠。您所填写的内容我公司将为您保密。本投保单所填内容如有变动, 请您及时到我公司办理变更手续。您可登录我司官网: www.chinalife-p.com.cn对保单进行查询、下载及验真。

1、投保人、被保险人信息		<input checked="" type="checkbox"/> 单车 <input type="checkbox"/> 车队		本次投保数量	1	车队协议号	
投保人	投保人名称/姓名	乌审旗苏力德苏木中心卫生院				国籍/注册地	
	移动电话	15248449577				固定电话	15248449577
	电子邮箱		证件类型	统一社会信用代码	证件号码	12152727461140698T	
	投保人住所	嘎鲁图镇				邮政编码	
	联系人姓名	王小红	联系人电话	15248449577	联系人电子邮箱		
被保险人	■法人或其他组织名称: 乌审旗苏力德苏木中心卫生院						
	证件类型	统一社会信用代码	证件号码	12152727461140698T			
	联系人姓名	王小红	移动电话	15248449577	固定电话	15248449577	
	被保险人住所	嘎鲁图镇				电子邮箱	
	被保险人单位性质	<input type="checkbox"/> 党政机关、团体 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 军队(武警) <input type="checkbox"/> 使(领)馆 <input type="checkbox"/> 个体、私营企业 <input type="checkbox"/> 其他企业 <input checked="" type="checkbox"/> 其他					

注: 为确保您能享受本公司优质的客户服务, 请务必详细提供以上信息。

2、投保车辆资料信息		有无投保单附表: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
被保险人与机动车的关系		<input checked="" type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 管理		行驶证车主	乌审旗苏力德苏木中心卫生院		
号牌号码	蒙KDP020		号牌底色	<input checked="" type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 黑 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 白蓝 <input type="checkbox"/> 渐变绿 <input type="checkbox"/> 黄绿双拼 <input type="checkbox"/> 其他颜色			
厂牌型号	大通SH5041XJHA2D5救护车			发动机号	R919A032099		
VIN码/车架号	LSKG5GC11KA102184						
核定载客	8人	核定载质量	0千克	排量/功率	2.499(L)	整备质量	2975.00千克
初次登记日期	2020年03月		发证日期	2020年03月23日		是否二手车	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
机动车种类	<input checked="" type="checkbox"/> 客车 <input type="checkbox"/> 货车 <input type="checkbox"/> 客货两用车 <input type="checkbox"/> 挂车 <input type="checkbox"/> 半挂车牵引车 <input type="checkbox"/> 低速货车和三轮汽车						
机动车使用性质	<input type="checkbox"/> 家庭自用 <input type="checkbox"/> 非营业企业 <input checked="" type="checkbox"/> 非营业党政机关、事业单位 <input type="checkbox"/> 非营业个人 <input type="checkbox"/> 出租/租赁 <input type="checkbox"/> 城市公交 <input type="checkbox"/> 公路客运 <input type="checkbox"/> 营业性货运 <input type="checkbox"/> 营业性旅游						
新增设备:	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无	新增设备是否投保:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	新增设备购置价之和		0元
新增设备清单	名称						
	购置时间						
	购置价						
上一年度交通违法行为:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		是否续保:	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		车辆有无改装:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
行驶区域	<input checked="" type="checkbox"/> 中国境内(不含港澳台) <input type="checkbox"/> 投保地所属省级行政区内 <input type="checkbox"/> 场内, 描述: <input type="checkbox"/> 固定线路, 线路描述:						

3、投保事项	
商业险期望保险期间	自 2024年11月11日00时00分起 至 2025年11月10日24时00分止
交强险期望保险期间	自 2024年11月11日00时00分起 至 2025年11月10日24时00分止

