



标识码: AAC050A12025A

阳光财产保险股份有限公司

Sunshine Property and Casualty Insurance Company Limited (2025版)

投保单

投保须知

欢迎您到阳光财产保险股份有限公司投保! 根据保险法的要求, 我公司就保险标的或者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《机动车交通事故责任强制保险条款》及我公司的机动车商业保险条款, 阅读条款时请您特别注意各个条款中的保险责任、责任免除、投保人被保险人义务、赔偿处理、附则等内容, 并听取保险人就条款(包括免除保险人责任的条款)所作的明确说明。您在充分理解条款后, 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)。为合理确定投保机动车的保险费, 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。

投保情况

投保类型: 交强险 商业险 上年在阳光财险投保

交强险保单形式: 电子保单

交强险发票形式: 电子发票

商业险保单形式: 电子保单

商业险发票形式: 电子发票

EMAIL: 2550481238@qq.com

交强险投保单号码: T3653050720250065236

商业险投保单号码: T3653052820250036364

投保人

名称/姓名 杭锦旗阿门其日格卫生院联系人姓名 杨金飞

移动电话

14794988827

固定电话

—证件类型 统一社会信用代码

证件号码

12152726461130537M

证件有效期

2026-02-10

国籍

职业名称

牢牢把握铸牢中华民族共同体意识工作主线, 将之贯穿于基层卫生服务工作及自身建设等全过程、各方面。为人民身体健康提供医疗与预防保健服务。医疗、常见病多发病护理、恢复期病人康复治疗与护理、预防保健。

单位类型 外商独资

经营范围

地址 内蒙古自治区鄂尔多斯市杭锦旗锡尼镇阿门其日格村 邮编 100000

邮箱

2550481238@qq.com

被保险人

投保人、被保险人是否一致 是

与投保人关系

名称 杭锦旗阿门其日格卫生院 单位性质联系人姓名 杨金飞联系人固定电话 —联系人移动电话 14794988827证件类型 统一社会信用代码

证件号码

12152726461130537M证件有效期 2026-02-10住址 内蒙古自治区鄂尔多斯市杭锦旗锡尼镇阿门其日格村邮政编码 100000单位固定电话 14794988827国籍 职业名称

投保车辆信息

被保险人与车辆的关系 使用

车主

杭锦旗阿门其日格乡卫生院

车主性质

企业证件类型 统一社会信用代码

证件号码

12152726461130537M

能源类型

燃油号牌号码 蒙KEF120

号牌底色

蓝

新车购置价

105000

厂牌型号	东南DN5020XJH4B救护车	发动机号	SRB9620	最高设计车速
VIN码	LDNL7EPH7G0171942	车架号	LDNL7EPH7G0171942	整备质量 1575.0000千克
核定载客	6人	核定载质量	0.00千克	排量/功率 1.9970升
初次登记日期	2016年09月	车辆种类	普通救护车	车辆使用性质 非营业事业团体
是否车贷投保	否	是否过户车辆	否	转移登记日期

代收车船税				
纳税人名称	杭锦旗阿门其日格卫生院	纳税人识别号	12152726461130537M	前次缴税年度 2024
燃料(能源)种类	燃油	纳税类型	正常缴税	减免原因
当年应缴	420.00元	往年补缴	0.00元	滞纳金 0.00元
完税(减免税)凭证号		开具税务机关		
合计: (大写) 肆佰贰拾元整(人民币) (小写) 420.00 (RMB)				

交强险保险期间:自2025年10月11日0时 起至2026年10月10日二十四时 止
商业险保险期间:自2025年10月11日0时 起至2026年10月10日二十四时 止

投保险种	保险金额/赔偿限额(元)/绝对免赔率/服务次数上限	每次事故绝对免赔额	保险费(元)
机动车交通事故责任强制险	200,000.00死亡和伤残(18万)/医疗费用(1.8万)/财产损失(2000元)	/	642.00
第三者责任保险	3,000,000.00	/	625.92
驾驶员车上人员责任保险	承保1座,每座限额200,000.00元	/	394.26
乘客车上人员责任保险	承保5座,每座限额200,000.00元	/	1,172.49
附加三者精神损害抚慰金责任险	50,000.00	/	319.11
附加三者医保外医疗费用责任险	共享保额	/	96.19
附加司机车上人员医保外医疗费用责任险	100000/座x1座	/	8.34
附加乘客车上人员医保外医疗费用责任险	100000/座x5座	/	41.69

交强险保费小计: (大写) 陆佰肆拾贰元整(人民币) (小写) 642 (RMB)
商业险保费小计: (大写) 贰仟陆佰伍拾捌元整(人民币) (小写) 2658 (RMB)
交强险保费、商业险保费、车船税合计: (大写) 叁仟柒佰贰拾元整(人民币) (小写) 3720.00 (RMB)

特别约定:
从事营业运输且未提前通知保险人的,发生保险责任范围内的事故,本公司不负责赔偿。
保险期间内,如发生本保险合同约定的保险事故造成第三者财产损失,保险人可采取实物赔付或现金赔付方式进行保险赔付。选择采取实物赔付方式的,由保险人与被保险人在事故车辆修理前签订《实物赔付确认书》。
被保险人与行驶证车主不一致:被保险人为杭锦旗阿门其日格卫生院,行驶证车主为杭锦旗阿门其日格乡卫生院。
保险期间内,如发生本保险合同约定的保险事故造成第三者财产损失,保险人可采取实物赔付或现金赔付方式进行保险赔付。选择采取实物赔付方式的,由保险人与被保险人在事故车辆修理前签订《实物赔付确认书》。

非营业车辆如从事营业性使用,保险人对保险单进行批改,并按照保单年度重新核定保险费计收。
被保险人与行驶证车主不一致:被保险人为杭锦旗阿门其日格卫生院,行驶证车主为杭锦旗阿门其日格乡卫生院。

保险合同争议解决方式:诉讼
保险公司提示:

根据《保险法》和《反洗钱法》相关规定,请投保人如实提供客户信息(包括身份证件、手机号码等),保险公司可能会在投保成功后进行客户回访,请予以配合,保险公司对客户信息严格保密,请放心提供。
投保人声明:
1. 本投保人兹声明上述各项内容填写属实,贵公司已向本人详细说明了《机动车交通事故责任强制保险条款》、商业保险投保险种对应的保险条款内容,特别就各条款中有关责任免除、赔偿处理和投保人、被保险人义务的内容做了明确说明。本人已领取了保险条款,阅读并充分理解相关内容,同意以此作为订立保险合同的依据。
2. 本投保人兹声明,本人已详细阅读了保险人《个人信息保护政策》,在保险人遵循合法、正当、必要原则的基础上,同意授权保险人按《个人信息保护政策》收集、使用、存储、传输、共享、转移、公开、委托处理个人信息。
3. 本人同意保险人通过电话、短信等方式向本人介绍保险、增值服务的相关信息,在本人无需相关服务时拨打95510进行订。

4. 因签订车辆保险合同需要,本人同意并授权:保险人可采集、查询、处理本人缴费账户、姓名、身份证号等相关个人信息,并可将上述信息传递至经监管部门或保险行业协会认可的第三方机构,由该第三方机构接收并存储上述信息后,向已正式接入车险缴费实名认证通道的合法存续的第三方认证机构传递该个人信息供第三方认证机构用于本人缴费账户身份信息及缴费信息认证,第三方认证机构认证完成后,可将认证结果及支付结果(包括但不限于支付单号、交易金额、交易时间、凭证号、凭证所属银行等信息,以下均简称“支付结果”)传输至保险人认可的第三方机构,该第三方机构接收上述信息后,可对支付结果信息进行储存,并将认证结果信息传递至保险人,以最终实现本人缴费账户身份信息及缴费信息认证。同时,基于车险投保短信验证

码服务或车险投保实名服务需要，本人还同意并授权：保险人可采集、使用、处理本人手机号码信息等个人信息，并将上述信息提供给经监管部门、保险行业协会或保险人认可的第三方机构，该第三方合作机构接收并存储上述信息后，可根据保险人的要求，委托合法存续的第三方短信运营商向本人提供并发送投保验证码或投保实名验证链接等短信信息服务，本人同意接收相关短信以完成投保。本人承诺所提供的个人信息均为本人真实、合法、有效的信息，保证未提供虚假不实信息、非法信息或非法获取的他人信息。否则，贵司及上述所有第三方机构、第三方认证机构均有权随时暂停或终止对本人的全部或部分服务，且本人将承担由此产生的全部法律责任。

投保人签章：

投保日期:2025-10-10

以下内容由保险公司填写，不需要客户填写

验车情况：免验车 验车人：

业务归属	归属部门代码或名称: <u>内蒙古分公司鄂尔多斯中心支公司</u>	渠道类型: <u>交叉销售（外拓）</u>
	代理人/经纪人代码或名称: <u>P36530000386</u>	业务来源: <u>个人代理</u>
业务人员	业务员代码: <u>36530212</u>	业务员签字:
审核意见	审核人签字:	审核日期:

交强险投保单号: T3653050720250065236

商业险投保单号: T3653052820250036364