

车险报价单

尊敬的 乌审旗苏力德苏木中心卫生院

感谢您选择我公司投保车辆保险，本次报价信息如下：

一、基本投保信息

号牌号码：AUSD00020 厂牌车型：启界CRV5020XYLT1EJCHEV插电式混合动力医疗车
初次登记日期：2025年10月14日 使用性质：非营业党政机关，事业单位
核定载客：2 核定载质量：

交强险保险期间：自 2025年10月22日00时00分起 至 2026年10月21日24时00分 止
商业险保险期间：自 2025年10月22日00时00分起 至 2026年10月21日24时00分 止

二、投保、出险信息

交强险上年出险次数：0
商业险连续承保年数：0
商业险连续承保期间出险次数：0

三、详细报价信息

险种名称	绝对免赔率	保额金额/责任险额(元)	保费(元)
特种车损失保险 绝对免赔额0元		313000.00	1773.80
特种车第三者责任保险		3000000.00	1765.59
特种车车上人员责任保险-驾驶人		300000.00	967.64
特种车车上人员责任保险-乘客		300,000.00元/座 *1座	651.10
商业险保费合计	/	/	5158.13
机动车交通事故责任强制险	/	200000.00	1080.00
车船税	纳税	当年应缴+往年补缴+滞纳金	19.11
合计			6257.24

附：交强险上年出险记录如下

承保公司名称	结案编号	出险时间	结案时间	赔付金额
无				

【温馨提醒】：本报价单仅作为保费的初步计算,不具法律效应,所有条款以保险合同为准。



特种车商业保险/机动车交通事故责任强制保险投保单

投保单号：6205222025150626000131

交强险投保单号：6205072025150626003805

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。您可登录我公司官网：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		■ 单车 □ 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	中国
	移动电话	15947174231				固定电话	
	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	15947174231	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	15947174231	固定电话	
	被保险人住所	嘎鲁图镇				电子邮箱	
	被保险人单位性质	□ 党政机关、团体 □ 事业单位 □ 军队（武警） □ 使（领）馆 □ 个体、私营企业 □ 其他企业 ■ 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：□有 □无					
被保险人与机动车的关系	■ 所有 □ 使用 □ 管理		行驶证车主	乌审旗苏力德苏木中心卫生院			
号牌号码	AUSD00020		号牌底色	□ 蓝 □ 黑 □ 黄 □ 白 □ 白蓝 ■ 渐变绿 □ 黄绿双拼 □ 其他颜色			
厂牌型号	启界CRV5020XYLT1EJCHEV插电式混合动力医疗车		发动机号	AUSD00020			
VIN码/车架号	LNNBBDEE2SC128293						
核定载客	2 人	核定载质量	0.00 千克	排量/功率	0.00(L)	整备质量	1820.00 千克
初次登记日期	2025年10月		发证日期	2025年10月14日		是否二手车	□是 ■否
机动车种类	□ 特种车一 □ 特种车二 ■ 特种车三 □ 特种车四 （请填写用途）：						
机动车使用性质	□ 家庭自用 □ 非营业企业 ■ 非营业党政机关、事业团体 □ 非营业个人 □ 出租/租赁 □ 城市公交 □ 公路客运 □ 营业性货运 □ 营业性旅游						
新增设备：	□有 ■无	新增设备是否投保：		□是 □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						
上一年度交通违法记录：	□有 □无		是否续保：	□是 ■否	车辆有无改装：	□有 □无	
行驶区域	■ 中国境内（不含港澳台） □ 投保地所属省级行政区内 □ 场内，描述： □ 固定线路，线路描述：						

3、投保事项	
商业险期望保险期间	自 2025年10月22日00时00分起 至 2026年10月21日24时00分 止
交强险期望保险期间	自 2025年10月22日00时00分起 至 2026年10月21日24时00分 止

■商业车险	投保险种		绝对免赔率	保险金额/责任限额(元)	保险费(元)
	特种车损失保险 绝对免赔额0元			313,000.00	1,773.80
	特种车第三者责任保险			3,000,000.00	1,765.59
	特种车车上人员责任保险-驾驶人			300,000.00	967.64
	特种车车上人员责任保险-乘客			300,000.00元/座 *1座	651.10

保险费合计 (人民币大写): 伍仟壹佰伍拾捌元壹角叁分		(¥:5158.13元)
特别约定	1、家庭自用及非营业车辆从事营业性运输、出租、租赁、网约车等导致危险程度显著增加,被保险人应当及时通知保险人并增加保险费。否则,因危险程度显著增加而发生保险事故的,保险人不负责赔偿。	

■ 交 强 险	死亡伤残赔偿限额		180000元	无责死亡伤残赔偿限额	18000元	基础保费	1080.00元	
	医疗费用赔偿限额		18000元	无责医疗费用赔偿限额	1800元	与道路违法行为和交通事故联系浮动比例	0.00%	
	财产损失赔偿限额		2000元	无责财产损失赔偿限额	100元			
	保险费合计（人民币大写）：壹仟零捌拾元整(￥： 1080.00 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			

车船税	合同争议解决方式选择		☒ 诉讼 ☐ 调解 ☐ 提交 仲裁		
	总质量	1820.00千克	整备质量	1820.00千克	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: 19.11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		国家税务总局乌审旗税务局

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。

特别提示: 附加发动机进水损坏除外特约条款和附加绝对免赔率特约条款都属于除外责任条款,请您谨慎承保。如果您投保了附加发动机进水损坏除外特约条款,被保险机动车在使用过程中,因发动机进水后导致的发动机的直接损失,保险人不负责赔偿。如果您投保了附加绝对免赔率特约条款,每次保险事故发生后,都会扣减绝对免赔率对应的赔款金额,再次提醒您慎重承保!

投保人签名/签章:

业务标识: ☐

初审人签名:

验车验证情况

☐ 需验车
 ☒ 免验车
 ☐ 已验车

验车验证责任人(签名):

业务来源

☐ 直接业务
 ☒ 互动业务
 ☐ 门店业务
 ☐ 电话业务
 ☐ 网上业务
 ☐ 经纪业务
 ☐ 个人代理
 ☐ 兼业代理

☒ 专业代理

 ■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市乌审旗互动一部(乌审旗)

 归属业务员(签名): 业务员代码:15110500001648

投保单号： 6205072025150626003805

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：
您的机动车投保基本信息如下：
车牌号码： AUSD00020
发动机号： AUSD00020



号牌种类： 小型新能源汽车
识别代码（车架号）： LNNBBDEE2SC128293

浮动因素计算区间： 2025年10月22日00时00分起 至 2026年10月22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 1080.00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
----	------	-----------

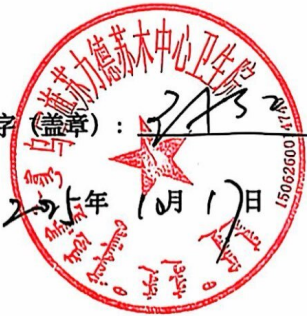
或者：您的机动车在上 0 个年度内未发生道路交通事故。

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： 0.00%

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 1080.00元 （大写：人民币：壹仟零捌拾元整）
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： 2025年 10月 17日



绝赔偿通知书，书面说明理由；对属于保险责任的，保险人应在与您达成赔偿协议后 10 日内，履行赔偿义务。

中国人寿财产保险股份有限公司咨询报案电话：95519 或 4008695519。您也可以登录我公司网站（www.chinalife-p.com.cn）、官方微信公众号（微信搜索“中国人寿财险”）、微信小程序（微信搜索“中国人寿财险空中服务”）查询您的交强险保单信息、状态以及理赔情况。

尊敬的客户，为了充分保障您的权益，请您将以下黑体字内容，在方格内进行手书，以表明您已了解投保内容，并自愿投保：

保险人已通过上述书面形式向本人进行投保提示并提供了交强险条款,并对其
中免除保险人责任的条款内容向本人作了书面明确说明,本人已充分理解并接受上
述内容,同意以此作为订立保险合同的依据。

保险人已通过上述书面形式向本人进行投保提示并提供了交强险条款，并对其
中免除保险人责任的条款内容向本人作了书面明确说明，本人已充分理解
并签署上述内容，同意以此作为订立合同的依据。

投保人签章/签字:

2025年10月7日



法定节 假日	法定节假日包括：中华人民共和国国务院规定的元旦、春节、清明节、劳动节、端午节、中秋节和国庆节放假调休日期，及星期六、星期日，具体以国务院公布的文件为准。 法定节假日不包括：1、因国务院安排调休形成的工作日；2、国务院规定的一次性全国假日；3、地方性假日。	特需医 疗类费 用	指医院的特需医疗部门 / 中心 / 病房，包括但不限于特需医疗部、外宾医疗部、VIP部、国际医疗中心、联合医院、联合病房、干部病房、A级病房、家庭病房、套房等不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房产生的费用，以及名医门诊、指定专家团队门诊、特需门诊、国际门诊等产生的费用。
污 染 (含放 射性污 染)	指被保险机动车正常使用过程中或发生事故时，由于油料、尾气、货物或其他污染物的泄漏、飞溅、排放、散落等造成的被保险机动车和第三方财产的污损、状况恶化或人身伤亡。		

25

-----骑-----缝-----线-----

投保人声明：

保险人已通过上述书面形式向本人详细介绍并提供了投保险种所适用的条款，并对其中免除保险人责任的条款（包括责任免除条款、免赔额、免赔率等免除或者减轻保险人责任的条款），以及本保险合同中付费约定和特别约定的内容向本人作了书面明确说明，本人已充分理解并接受上述内容，同意以此作为订立保险合同的依据。本人自愿投保上述险种。

尊敬的客户，为了充分保障您的权益，请您将以下黑体字内容，在方格内进行手书，以表明您已了解投保内容，并自愿投保：

本人确认收到条款及《机动车商业保险免责事项说明书》。保险人已明确说明免除保险人责任条款的内容及法律后果。

本人确认收到条款及《机动车商业保险免责事项说明书》。本人确认收到条款及《机动车商业保险免责事项说明书》。

投保人签章处：

日期：2025年10月17日

