附件1

山西省重点新材料产品首批次保费补偿

申请表

|  |
| --- |
| 新材料生产单位基本情况 |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |  | 法定代表人 |  |
| 注册地 |  | 注册资本 |  |
| 股权结构 |  |
| 主营业务 |  |
| 通讯地址 |  |
| 员工总数 |  | 研发人员数 |  |
| 年主营收入（万元） |  | 研发经费占比 |  |
| 联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 投保新材料情况 |
| 投保新材料名称 |  | 对应《目录》版本及编号 |  年版第 号 |
| 年生产量 |  | 投保数量 |  |
| 与用户合同中，投保新材料的合同金额（万元） |  |
| 保险额度（万元） |  | 保险费率（%） |  |
| 保费金额（万元） |  | 申请补贴金额（万元） |  |
| 承保企业名称 |  |
| 保险时间 |  年 月 日 至 年 月 日 |
| 投保新材料主要技术指标 |  |
| 核心技术与知识产权情况 |  |
| 新材料用户单位基本情况 |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |  | 法定代表人 |  |
| 注册地 |  | 注册资本 |  |
| 主营业务 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 该新材料的年使用量 |  |
| 该新材料的应用情况 | 请说明用户采购投保新材料用于生产何种产品 |
| 新材料生产单位关于填报内容真实性的承诺 |
|  （签字/盖章） 年 月 日  |
| 新材料用户单位关于填报内容真实性的承诺 |
|  （签字/盖章） 年 月 日  |
| 保险机构关于填报内容真实性的承诺 |
| 保险公司：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（签字/盖章） 年 月 日  | 保险经纪公司（如有）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（签字/盖章） 年 月 日  |
| 市工信部门或山西转型综改示范区管委会意见 |
| 年 月 日 （盖章）  |

备注：金额的数据均以人民币为单位，申请补贴金额取整（小数点后金额直接舍去）。