

## 密歇根州人身伤害责任保险限额的选择

机构:	申请人/记名被保险人:	
	保险公司:	
	保单/报价编号:	生效日期:

### 仔细、完整阅读本表格

#### 本表格的目的

本保单的目的是解释您就人身伤害责任保险可做出的选择，并帮助您做出选择。请仔细阅读本表格，因为您所做的选择会带来财务上的后果。

#### 第一部分：人身伤害责任保险范围解释

如果您在车祸中有过失，那么人身伤害责任保险承担由于他人受伤而向您提出的索赔。密歇根汽车保险单须为这些索赔提供不低于每人250,000美元和每起事故最高500,000美元（“250,000美元/500,000美元”）的人身伤害责任保险，除非您根据您需要的保障金额选择更高或更低的限额。在任何情况下，您都不能选择每人少于50,000美元和每起事故少于100,000美元。如果您不选择，那么为您签发的保单的保险额度将默认为250,000美元/500,000美元。



如果您希望人身伤害责任保险额度为250,000美元/500,000美元或以上，那么您不需要填写此表格。

#### 第二部分：人身伤害责任保险额度越低，风险越大

如果您对他人的受伤负有责任，那么您可能要就他们承受的痛苦和折磨承担损害赔偿，以及他们超出其汽车保险范围的医疗和其他护理费用。您的保险单的人身伤害责任保险将支付此类损害赔偿，但不超过您选择的额度。超出您所选额度的任何金额将须由您自行承担。这一数额可能很大，并可能导致严重的财务后果，比如：

- 您的资产可能被没收，或可能对您的房屋设置留置权；
- 您的工资可能被扣发；或
- 您的驾照可能会被吊销。

选择较低的人身伤害责任保险额度也可能会影响您获得伞式责任保单(umbrella policy)的资格。

#### 第三部分：确认理解——您必须阅读并在每一行签上姓名首字母

\_\_\_\_\_ 我已经收到了我可选择的所有人身伤害责任保险选项的清单以及每个选项的价格。  
(姓名首字母)

\_\_\_\_\_ 我明白我选择的任何人身伤害责任保险均适用于我和本保单承保的任何其他人。  
(姓名首字母)

\_\_\_\_\_ 我明白我选择的人身伤害责任保险额度将保持不变，除非保单不再有效或我变更额度。  
(姓名首字母)

**签署本表格意味着我确认：(1)我已阅读本表格或别人已将本表格的内容读给我听；(2)我明白我的选择和上述潜在的严重风险；和(3)我选择购买保险额度低于250,000美元/500,000美元的人身伤害责任保险。**

\_\_\_\_\_  
记名被保险人/投保人签名

\_\_\_\_\_  
日期