

# 第一產物保險股份有限公司

## 汽車保險批改申請書 (甲式)

保險單號碼	第	號	批單號碼	第	號		
被保險人							
批 改	自民國	年	月	日中午12時起	被保險人 身分證號碼		
生 效 日 期	至民國	年	月	日中午12時止	牌照號碼		
申 請 批 改 項 目	<input type="checkbox"/> 一般批改 <input type="checkbox"/> 過戶						
	被保險人	電話：					
	住 所						
	使用人	受 益 人					
	保險期間	年 月 日起至 年 月 日止					
	原始發照年月	製造年份	廠 牌 車 型	車輛種類	排氣量	引 擎 號 碼	牌 照 號 碼
	民國 年 月	西元 年					
	被保險人 身分證號碼	出 生		年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	婚 姻 <input type="checkbox"/> 1已 <input type="checkbox"/> 2未
	其 他						
	<input type="checkbox"/> 過戶：本保險單自批改生效日起，過戶於批改項目欄之被保險人。 <input type="checkbox"/> 一般批改：本保險單所保汽車之車籍資料，自即日起變更爲批改項目欄之所填資料。 請依照上列批改事項核發批單憑執爲荷。 申請人： <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input type="checkbox"/> 代辦人(簽章)：_____</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     身 分 證 字 號：_____</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input type="checkbox"/> 被保險人/要保人(簽章)：_____ 電 話：_____</div> <p>聲明：已告知任意險未辦過戶。                      申請人： _____ (簽名蓋章)</p>						
<input checked="" type="checkbox"/> 保險單 <input checked="" type="checkbox"/> 保險證 <input checked="" type="checkbox"/> 保險費收據 切 結 書  茲因_____遺失/毀損，有關之權益，如有任何糾紛，概由 立切結書人負全部責任，與第一產物保險股份有限公司無關。 特此聲明  <div style="text-align: right;">立切結書人：_____</div>							

業務員 / 經辦
核定
輸入