



第一產物保險股份有限公司

THE FIRST INSURANCE CO., LTD.

總公司地址：台北市忠孝東路一段 54 號

電話(TEL)：02-23913271 傳真(FAX)：02-23943640

高雄分公司：高雄市苓雅區四維三路 263 號 4 樓

電話(TEL)：07-3355669 傳真(FAX)：07-3357703

台中分公司：台中市中正路 476 號 9 樓

電話(TEL)：04-2013135 傳真(FAX)：04-2020401

貨物運送人責任保險 批改申請書

自 年 月 日起批改：

保單號碼		批單號碼	
被保險人			
批改事由			
保險期間	自民國 年 月 日十二時起至民國 年 月 日十二時止		
保險金額 (新台幣元)	每一事故責任限額		
	每一事故被保險人自負額		
	保險期間內累計責任險額		
特別約定事項			
費率			
備註		保險費 (新台幣元)	

要保人茲特聲明：

- 一、本要保書所填各項，均屬詳實無誤，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立正式保險契約之根據，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定約束。
- 二、貴公司得使用此要保書上相關資料於產物保險一般行政及業務。

營業單位：_____

被保險人：_____ (簽名蓋章)

經辦人：_____

地址：_____

經紀人：_____

電話號碼：_____

統一編號：_____

中華民國 年 月 日