|  |
| --- |
| 批改申请单 |
| 被保险人名称： | 保单号码： |
| 批改生效日期：年 月 日 |
| 批改内容： |
|   投保人/被保险人签字（投保人单位名称及盖章） 2019 年 10 月 12 日 |
| （保险公司内部使用） |
| 批改类型： |
|  | 核保人签字： |
| 　 | 日期： |