**批增申请**

致中国人民财产保险股份有限公司北京市分公司

我司在贵司投保了专利代理人职业责任保险，保单号（），被保险人（），现需要批增（）人，批改日期从 年 月 日至 年 月 日，批增人员信息如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 资格证号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

特此申请。

投保人/被保险人签章

年 月 日