同方全球人寿

生效日追溯申请书

保险合同编号											申请日期： 年 月 日																	
证件类型：☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军官证																												
投保人/被保险人姓名： /											寿险顾问编号																	
营管处：											寿险顾问姓名：																	

鉴于本人申请追溯保险合同的生效日期，故对申请时的有关事项重新作如下声明：

投保人_____/被保险人 _____ 于_____ 年_____月____日签署投保主险为_____ 的投保单，现投保人与被保险人申请将本保险合同的生效日期追溯至_____年_____月_____日（客户要求追溯的日期、被保险人生日前一天，但不得早于投保单签署日期 90 天）。同时，投保人与被保险人均已知晓并同意以下事宜：

1、如保险公司同意追溯申请，则本保险合同的生效日期与保险费收取日期将提前至 _____年 ____月 ____日，且本合同以后每年的保单周年日均以该日期计算。**但是即使保险公司同意追溯申请，投保人与被保险人在追溯期间（客户要求追溯的日期至投保之日）实际不享有任何保障与权益，保险公司不承担追溯期间的保险责任，投保人与被保险人对此无异议。**

2、如本保险合同通过核保且扣费成功并承保，则本保险合同所载的**所有保险责任、责任等待期、不可抗辩期**的起始日期仍然为投保之日，即_____年____月____日（投保单的签署日期）。

3、追溯产品仅限于除分红型、万能型、投资连结型产品以外的寿险及重疾险主险产品，保单生效日追溯的日期不超过产品上市的时间。

4、**投保人与被保险人不得利用追溯期间从事损害保险公司利益之行为，否则保险公司有权随时取消追溯。**

补充声明确认书

本人对上述合同内容之补充或修改确系事实， 并同意本声明与保险单所载其他内容同样产生法律效力， 同时声明本人健康状况自投保单签署日起至本声明签署日期间无任何变化。

被保险人签名

（若被保险人年龄在十八岁以下，由监护人签名）

投保人签名

见证人Ⅲ寿险顾问签名

签署于 _____ _____年____月____日

地 点 时 间

N204201810