

**BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT VISSZAVONÁSÁRÓL SZÓLÓ NYILATKOZAT**  
CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződéshez

Jelen Nyilatkozat aláírásával és Szerződő részére történő átadásával kifejezem szándékomat, hogy a CIB Egészségőr biztosításhoz tett ..... számú biztosítotti nyilatkozatomat visszavonom:

BIZTOSÍTÓ:	UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1082 Budapest, Baross u. 1.
SZERZŐDŐ:	CIB Bank Zrt. 1027 Budapest, Medve u. 4-14.
ALKUSZ:	CIB Biztosítási Alkusz Kft. 1027 Budapest, Medve u. 4-14.

BIZTOSÍTOTT:	
Neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Email címe:	

Tudomásul veszem, hogy a kockázatviselés a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órakor szűnik meg. Tudomásul veszem, hogy közös tulajdonban lévő bankszámla esetében köteles vagyok a biztosítotti jogviszonyom megszüntetéséről a bankszámla másik tulajdonosát értesíteni továbbá tudomásul veszem, hogy én viselek minden abból eredő kárt vagy kockázatot, mely abból származik, hogy nem teljesítettem az előbbieken meghatározott kötelezettségemet.

Kelt:

Biztosított