

BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT VISSZAVONÁSÁRÓL SZÓLÓ NYILATKOZAT
CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződéshez

Jelen Nyilatkozat aláírásával és Szerződő részére történő átadásával, mint Társszerződő 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.

TÁRSSZERZŐDŐ:	
Neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Email címe:	
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 köteles vagyok az általam megnevezett Biztosítottakat a biztosítotti jogviszony(uk) megszüntetéséről a értesíteni, továbbá tudomásul veszem, hogy én viselek minden abból eredő kárt vagy kockázatot, mely abból származik, hogy nem teljesítettem az előbbieken meghatározott kötelezettségemet.

Kelt:

Társszerződő