

BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT VISSZAVONÁSÁRÓL SZÓLÓ NYILATKOZAT
CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződéshez

Jelen Nyilatkozat aláírásával és Szerződő részére történő átadásával kifejezem szándékomat, hogy a CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosításhoz tett számú biztosítotti nyilatkozatomat visszavonom:

BIZTOSÍTÓ:	NN Biztosító Zrt. 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B
SZERZŐDŐ:	CIB Bank Zrt. 1027 Budapest, Medve u. 4-14.
ALKUSZ:	CIB Biztosítási Alkusz Kft. 1027 Budapest, Medve u. 4-14.

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

Tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselése annak a hónapnak az utolsó napján 24.00 órakor szűnik meg, amelyik hónapban a biztosítotti nyilatkozatomra vonatkozó írásbeli visszavonásom rögzítésre került. Tudomásul veszem, hogy Családi csomag esetén Főbiztosítottként köteles vagyok a biztosítotti jogviszony megszűntetéséről az Egyéb Biztosítottakat is értesíteni, továbbá tudomásul veszem, hogy én viselek minden abból eredő kárt vagy kockázatot, mely abból származik, hogy nem teljesítettem az előbbieken meghatározott kötelezettségemet.

Kelt:

Főbiztosított