

**CSALÁDFŐ VISSZAVONÓ NYILATKOZAT**

-biztosítotti csatlakozásról-

Alulírott Biztosított és Számlatulajdonos ezúton visszavonjuk a .....azonosítószámú, .....Biztosítónál élő Családfő Biztosításhoz Biztosítotti nyilatkozatunkat.

Tudomásul vesszük, hogy a kockázatviselés az utolsó díjjal rendezett hónap utolsó napján 24:00 órakor megszűnik.

**BIZTOSÍTOTT ADATAI:**

Biztosított neve:	
Biztosított lakcíme:	
Biztosított anyja neve:	
Biztosított születési helye:	Biztosított születési dátuma:
Biztosított adószáma:	

**SZÁMLATULAJDONOS:**

Számlatulajdonos neve:
Számlatulajdonos lakcíme:
Számlatulajdonos adószáma:
Számlatulajdonos számlaszáma:

**VISSZAKÜLDENDŐ: CIB Biztosítási Alkusz Kft., 1027 Budapest, Medve u. 4-14.**

Kelt:.....

.....  
Biztosított aláírása

.....  
Számlatulajdonos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Aláírás: .....

Aláírás: .....

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Szig. Szám: .....

Szig. Szám: .....