

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL
(FELMONDÁS)**

**A CIB Bank Zrt.
Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási
szerződéséhez
(CIB-ÉLETŐR)**

Biztosított (Főbiztosított) személyi adatai:

Név:			
Születési név:			
Születési hely:			
Születési idő:	év:	hónap:	nap:
Anyja születési neve:			

A Főbiztosított kapcsolódó Bankszámlaszerződésének azonosítója:

Biztosítotti jogviszony azonosítója*:	
Bankszámlaszám:	

*Biztosítotti nyilatkozaton megtalálható.

1. Alulírott Biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az általam tett Biztosítotti nyilatkozatommal Biztosítottként csatlakoztam a CIB Bank Zrt. és a Generali Biztosító Zrt. között létrejött, Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéshez (CIB-ÉLETŐR).

2. Alulírott Biztosított jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy – a vonatkozó Biztosítási Feltételekben rögzítetteknek megfelelően – az 1. pontban hivatkozott Biztosítotti nyilatkozatomat visszavonom és kérem a biztosítotti jogviszonyom megszüntetését. Családi csomag esetén nyilatkozom, hogy biztosított hozzátartozóimat a biztosítotti jogviszonyuk megszűnéséről előzetesen tájékoztattam.

3. Tudomásul veszem, amennyiben jelen nyilatkozatot a Biztosítotti nyilatkozatom megtételét követő 30 napon belül teszem meg, a biztosítotti jogviszonyom és ezzel a Biztosító kockázatviselése – a vonatkozó Biztosítási Feltételekben rögzítetteknek megfelelően – jelen nyilatkozat Bank általi átvételkor megszűnik. Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben jelen nyilatkozat Bank általi átvételének időpontjáig biztosítási esemény nem történt, a már megfizetett biztosítási szolgáltatási díjat a Bank részemre visszatéríti.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben jelen nyilatkozatot a Biztosítotti nyilatkozatom megtételét követő 30 napon túl teszem, hogy a biztosítotti jogviszonyom, Családi csomag esetén hozzátartozóim biztosítotti jogviszonya is – a vonatkozó Biztosítási feltételekben rögzítetteknek megfelelően – a díjjal fedezett időszak utolsó napján, azaz a jelen kitöltött és aláírt nyilatkozat Bankhoz való beérkezése szerinti hónap utolsó napján 24 órakor megszűnik azzal, hogy a megszűnés időpontjáig a biztosítási díj a Biztosítót megilleti.

4. Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosítotti jogviszonyom megszüntetése a Bankkal megkötött fenti Bankszámlaszerződésem fennállását nem érinti.

Kelt:

.....
Biztosított (Főbiztosított) aláírása

A CIB Bank Zrt. és a Generali Biztosító Zrt. között létrejött Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó csoportos biztosítási védelem (CIB-ÉLETŐR) szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozat biztosítotti jogviszony megszüntetéséről Biztosított (Főbiztosított) által - azonosított elektronikus úton - Elektronikus aláírásával aláírva, az elektronikus nyilvántartásban (log-ok) rögzített időpontban, melyet a Bank őriz meg.