

NYILATKOZAT
Önkéntesen választható CIB Utazási Védelem biztosítás felmondásáról

1. Lakossági Számlatulajdonos esetén kitöltendő

Biztosított (Kártyabirtokos) adatai:

Név:
Születési dátum:
Lakcím:
Számlaszám:
Bankkártyaszám utolsó 4 számjegye:
Biztosítási ajánlatszám:

Biztosítottat képviselő Törvényes Örökös adatai (kiskorú Biztosított esetén):

Név:
Születési dátum:

2. Vállalati Számlatulajdonos esetén kitöltendő:

Vállalati ügyfél (Számlatulajdonos) adatai:

Név:
Cégjegyzékszám:
Székhely:
Számlaszám:
Képviselő:
Biztosítási ajánlatszám:

Alulírott, nyilatkozom, hogy a megnevezett utazó személyek biztosítási védelme céljából létrejött Csoportos biztosítási keretszerződés alapján a CIB Utazási Védelemhez történő csatlakozásomat a biztosítási évfordulóra ezúton felmondom.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási feltételek értelmében, azon dokumentum kézhez vételétől számított 14 napon belül van lehetőségem indoklási kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal felmondanom a szolgáltatást.

....., 20.....

1. Lakossági Számlatulajdonos esetén aláírandó:

_____ Biztosított aláírása	_____ Biztosítottat képviselő Törvényes Képviselő aláírása (14-18 év közötti Biztosított esetén csak a Törvényes Képviselő aláírása szükséges)
-------------------------------	--

2. Vállalati számlatulajdonos esetén aláírandó:

_____ Vállalati ügyfél cégszerű aláírása
