

BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT VISSZAVONÁSÁRÓL SZÓLÓ NYILATKOZAT
CIB Utazási Védelem csoportos utasbiztosítási szerződéshez

Jelen Nyilatkozat aláírásával és Szerződő képviselőjében eljáró CIB Biztosítási Alkusz Kft. részére történő átadásával kifejezem szándékomat, hogy a CIB Utazási Védelem csoportos utasbiztosításhoz tett számú Biztosítotti Nyilatkozatot visszavonom:

BIZTOSÍTÓ:	Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. 1091 Budapest, Üllői út 1.
SZERZŐDŐ:	CIB Bank Zrt. 1027 Budapest, Medve u. 4-14.
ALKUSZ:	CIB Biztosítási Alkusz Kft. 1027 Budapest, Medve u. 4-14.

BIZTOSÍTOTT neve:	
Bankszámlatulajdonos neve eltérő Biztosított esetén	
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Email címe:	
Bankkártya számának utolsó 4 számjegye	

Tudomással bírok arról, hogy a Biztosítotti Nyilatkozatot a biztosítási évfordulóra, azt megelőzően legalább 30 (harminc) nappal lehet visszavonni.

Tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselése a biztosítási évforduló napján 24.00 órakor szűnik meg.

Kelt:

Biztosított/Bankszámlatulajdonos