

NYILATKOZAT
Önkéntesen választható CIB Utazási Védelem felmondásáról

Lakossági számlatulajdonos esetén kitöltendő!

Biztosított (kártyabirtokos) adatai:	
Név:.....	Születési dátum:.....
Lakcím:.....	Számlaszám:.....
Bankkártya szám utolsó 4 számjegye:.....	
Biztosítottat képviselő Törvényes Képviselő adatai:	
Név:.....	
Születési dátum:.....	

Vállalati számlatulajdonos esetén kitöltendő!

Vállalati Ügyfél (számlatulajdonos) adatai:	
Név:.....	Cégjegyzékszám:.....
Székhely:.....	Számlaszám:.....
Képviselő:.....	

Alulírott, nyilatkozom, hogy a CIB Bank Zrt. mint Szerződő és az AIG Europe Limited Magyarországi Fióktelepe mint Biztosító között a CIB Bank Zrt. által kibocsátott MasterCard és Visa bankkártyával rendelkező ügyfelei, és a bankkártyával rendelkező ügyfelek által 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 a felmondási idő 30 napnál nem lehet rövidebb.

....., Dátum:

Lakossági számlatulajdonos esetén itt aláírandó!

Biztosított aláírása

Biztosítottat képviselő törvényes képviselő aláírása¹

Vállalati számlatulajdonos esetén itt aláírandó!

Vállalati ügyfél cégszerű aláírása

¹ 14-18 év közötti Biztosított esetén csak a Törvényes Képviselő aláírása szükséges