

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL  
(FELMONDÁS)**

**A CIB Bank Zrt.  
CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási  
szerződéséhez  
(CIB-BALESETŐR)**

**Biztosított (Főbiztosított) személyi adatai:**

<b>Név:</b>	
<b>Születési név:</b>	
<b>Születési hely:</b>	
<b>Születési idő:</b>	év: hónap: nap:
<b>Anyja születési neve:</b>	

**A Főbiztosított kapcsolódó Bankszámlaszerződének azonosítója:**

<b>Biztosítotti jogviszony azonosítója:</b>	
<b>Bankszámlaszám:</b>	

1. Alulírott Biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az általam tett Biztosítotti nyilatkozatommal Biztosítottként csatlakoztam a CIB Bank Zrt. és az NN Biztosító Zrt. között létrejött, CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződéshez (CIB-BALESETŐR).

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 tekintettel arra, hogy jelen nyilatkozatot a Biztosítotti nyilatkozatom megtételét követő 30 napon túl teszem, hogy a Főbiztosított Rendes Felmondása esetén a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amelyik hónapban a Főbiztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata rögzítésre kerül.

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

Kelt: .....

.....  
Biztosított (Főbiztosított) aláírása