

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL
(FELMONDÁS)**

**A CIB Bank Zrt.
Üzletfelei részére
Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó élet- és balesetbiztosítási szolgáltatás biztosítási
szerződéshez**

Biztosított személyi adatai:

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

A Főbiztosított kapcsolódó Bankszámlaszerződésének azonosítója:

Biztosítotti jogviszony azonosítója:	
Bankszámlaszám:	

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 élet-, és balesetbiztosítási szerződéshez.

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.

3. Tudomásul veszem, hogy amennyiben jelen nyilatkozatot a Biztosítotti nyilatkozatom megtételét követő 30 napon túl teszem, hogy a biztosítotti jogviszonyom – a vonatkozó Biztosítási feltételekben rögzítetteknek megfelelően – a hozzájárulás visszavonása hónapjának 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 Bankszámlaszerződéselem fennállását nem érinti.

Kelt:

.....
Biztosított aláírása