

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL  
(FELMONDÁS)**

**A CIB Bank Zrt.  
CIB Családfő biztosítási szerződéséhez  
(CIB-CSALÁDFŐ)**

**Bankszámlaszerződésre vonatkozó információk:**

<b>Vállalkozás neve:</b>	
<b>Vállalkozás cégjegyzék száma/nyilvántartási száma:</b>	
<b>Bankszámlaszám:</b>	

**Biztosított adatai:**

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

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, CIB Családfő biztosítási szerződéshez (CIB-CSALÁDFŐ).

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, amennyiben jelen nyilatkozatot a Biztosítotti nyilatkozatom megtételét követő 30 napon túl teszem meg, hogy a biztosítotti jogviszonyom – a vonatkozó Biztosítási feltételekben rögzítetteknek megfelelően – a díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órakor megszűnik azzal, hogy a megszűnés időpontjáig a biztosítási díj a Biztosítót megilleti.

Kelt: .....

.....  
Biztosított aláírása

.....  
Számíttatulajdonos aláírása