

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL
(FELMONDÁS)**

**A CIB Bank Zrt.
üzletfelei számára
nyújtott biztosítási szolgáltatás
(Hitelkártya, Bevásárlókártya) hitelfedezeti biztosítási szerződéshez**

Biztosított személyi adatai:

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

A Biztosított kapcsolódó hitelkártyaszerződésére („Hitelkártyaszerződés”) vonatkozó információk:

Biztosítotti jogviszony azonosítója:	
Bankkártya számának utolsó 4 számjegye:	

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 „Hitelfedezeti Védelem a CIB Bank Zrt. üzletfelei számára nyújtott biztosítási szolgáltatás (Hitelkártya, Bevásárlókártya)” elnevezésű csoportos hitelfedezeti biztosítási 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, amennyiben jelen nyilatkozatot a Biztosítotti nyilatkozatom megtételét követő 30 napon túl teszem meg, a biztosítotti jogviszonyom – a vonatkozó Biztosítási Feltételekben rögzítetteknek megfelelően – annak az elszámolási időszaknak a végén, amelyben a visszavonásról szóló nyilatkozat a bankhoz megérkezik megszűnik azzal, hogy a megszűnés időpontjáig a biztosítási díj a Biztosítottot megilleti.

4. Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosítotti jogviszonyom megszüntetése a Bankkal megkötött fenti Kölcsönszerződésem fennállását és abból eredő kölcsön visszafizetési kötelezettségem teljesítését nem érinti.

Kelt:

.....
Biztosított aláírása