

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL  
(FELMONDÁS)**

**A CIB Bank Zrt.  
üzletfelei számára  
nyújtott biztosítási szolgáltatás  
(Személyi kölcsön) hitelfedezeti biztosítási szerződéshez**

**Biztosított 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 Biztosított kapcsolódó személyi kölcsönszerződésére („Kölcsönszerződés”) vonatkozó információk:**

<b>Biztosítotti jogviszony azonosítója:</b>	
<b>Kölcsön szerződésszáma:</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 „Hitelfedezeti Védelem a CIB Bank Zrt. üzletfelei számára nyújtott biztosítási szolgáltatás (Személyi kölcsön)” 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 Biztosítót megilleti.

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

Kelt: .....

.....  
Biztosított aláírása