

NYILATKOZAT
CIB Egészségőr 2.0 csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozás visszavonásáról

Jelen Nyilatkozat aláírásával és Szerződő részére történő átadásával alulírott Biztosított kifejezem szándékomat, hogy a CIB Egészségőr 2.0 csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozásra vonatkozóan tett számú nyilatkozatomat (a továbbiakban: csatlakozási nyilatkozat) visszavonom:

BIZTOSÍTÓ:	UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1082 Budapest, Baross u. 1.
SZERZŐDŐ:	CIB Bank Zrt. 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8.
BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ:	CIB Bank Zrt. 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8.

BIZTOSÍTOTT:	
Neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Email címe:	

SZÁMLATULAJDONOS:	
Neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Email címe:	

Tudomásul veszem, hogy

- a csatlakozási nyilatkozatomat kizárólag a rám vonatkozó biztosítási évforduló napjára vonhatom vissza, és a biztosító rám vonatkozó kockázatviselése a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24.00 órakor szűnik meg;
- a csatlakozási nyilatkozat visszavonásának feltétele, hogy szándékomról legkésőbb a rám vonatkozó biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban értesítsem a Szerződőt;
- közös tulajdonban lévő bankszámla esetén köteles vagyok biztosított jogviszonyom megszüntetéséről értesíteni a bankszámla másik tulajdonosát; minden kárt vagy kockázatot, mely abból származik, hogy nem teljesítettem az előbbieken meghatározott kötelezettségemet, én viselek.

Kelt:

.....
Biztosított