

HIRDETMÉNY

a CIB Biztosítási Alkusz Kft. biztosításközvetítői tevékenységi körének megváltozásáról

A CIB Biztosítási Alkusz Kft. (székhely: 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8., cégjegyzékszám: 01-09-693224, továbbiakban: „Alkusz”) ezúton értesíti Ügyfeleit, hogy aktív biztosításközvetítői tevékenységét 2023.03.23 napjától megszünteti, tevékenysége kizárólag a meglévő biztosítási állomány biztosítási fedezetben tartására (állományápolás) korlátozódik.

A fenti változásra tekintettel tájékoztatjuk Ügyfeleinket, hogy **2023.03.23 napjától megszűnik a biztosított csatlakozás lehetősége** a CIB Bank Zrt. (székhely: 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8., cégjegyzékszám: 01-10-041004, továbbiakban: „Bank”), mint szerződő képviselőjében közvetített **alábbi csoportos biztosítási szerződésekhez**:

- CIB Bank Zrt. Üzletfelei számára nyújtott, bankszámlaszerződéshez kapcsolódó élet- és balesetbiztosítás /Generali Biztosító Zrt./
- CIB Balesetőr /NN Biztosító Zrt./
- CIB Egészségőr 1.0 /UNION Biztosító Zrt./
- CIB Egészségőr 2.0. /UNION Biztosító Zrt./
- Generali Családfő Biztosítás /Generali Biztosító Zrt./
- UNION Családfő Biztosítás /UNION Biztosító Zrt./
- CIB Visszafizetési Védelem annuitásos jelzáloghitelhez /Generali Biztosító Zrt./
- CIB Hitelfedezeti Védelem Biztosítás CIB Türelmi idős jelzáloghitelekhez, CIB-Fundamenta Duett hitelekhez, CIB Hitelkártyákhoz, Bevásárlókártyához, CIB Személyi Kölcsönhöz, CIB Gyorskölcsönhöz /Generali Biztosító Zrt./
- CIB Gold Asszisztencia /Europ Assistance S.A./
- CIB Utazási Védelem /AEGON Biztosító Zrt./

A fenti csoportosa biztosítási szerződésekhez 2023.03.22 napjáig csatlakozott biztosítottak biztosított jogviszonya, valamint az Alkusz által közvetített egyéni biztosítási szerződések változatlan tartalommal fennmaradnak.

Ezúton tájékoztatjuk Ügyfeleinket, hogy fennálló biztosításukkal kapcsolatos ügyintézésre **2023.03.23** napjától az Alkusz által erre rendszersített, jelen Hirdetmény mellékletét képező formanyomtatvány kitöltésével van lehetőség. A formanyomtatvány elérhető az alábbi linken is <https://www.cibalkusz.hu>

Tájékoztatjuk továbbá Ügyfeleinket, hogy fennálló biztosításukkal kapcsolatos személyes ügyintézésre a CIB Bank Zrt. bankfiókjaiban nem lesz lehetőség. Az Alkusz alábbi elérhetőségeken áll Ügyfelei rendelkezésére a fenti csoportos biztosítási szerződésekkel, valamint egyéni biztosításokkal kapcsolatban:

telefonon: **06-1-423-1600**

emailen: cibbiztositas@cib.hu

postai úton: 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8. szám alatti címen

személyesen: 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8. szám alatti ügyfélszolgálati irodában (előzetes időpont egyeztetés alapján)



Nyitvatartási idő		
	Személyes ügyintézés	Telefonos ügyintézés
Hétfő	8:30 - 16:00	8:00 - 16:00
Kedd	8:30 - 16:00	8:00 - 20:00
Szerda	8:30 - 16:00	8:00 - 16:00
Csütörtök	8:30 - 16:00	8:00 - 16:00
Péntek	8:30 - 15:00	8:00 - 15:00
Szombat	ZÁRVA	ZÁRVA
Vasárnap	ZÁRVA	ZÁRVA

Amennyiben a jelen Hirdetményben foglaltakkal vagy biztosításukkal kapcsolatban bármilyen kérdésük merül fel, a fenti elérhetőségeken állunk Ügyfeleink szíves rendelkezésére.

Közzététel időpontja: **2023.03.22**

CIB Biztosítási Alkusz Kft.

Ügyintézési adatlap
a CIB Biztosítási Alkusz Kft által közvetített CIB csoportos biztosításokhoz

Bejelentő neve:

Lakcím:

e-mail cím:

I. Kérjük jelölje az alábbiakban az igényét, valamint a biztosítási fedezet szerződésének számát!

Biztosítás neve	Biztosító	Szerződés azonosító száma*	Szerződés megszüntetése	Adatváltozás bejelentés	Kedvezményezett módosítás	Fedezetigazolás
Élet- és balesetbiztosítás	Generali Biztosító Zrt.					
CIB Balesetőr	NN Biztosító Zrt.					
CIB Egészségőr	Union Biztosító Zrt.					
Családfő	Generali Biztosító Zrt.					
	Union Biztosító Zrt.					
Hitelfedezeti védelem - Hitelkártya mellé	Generali Biztosító Zrt.					
Hitelfedezeti védelem - Személyi kölcsön mellé	Generali Biztosító Zrt.					
Hitelfedezeti védelem - Jelzáloghitel mellé	Generali Biztosító Zrt.					
Visszafizetési védelem - Jelzáloghitel mellé	Generali Biztosító Zrt.					
CIB Gold Asszisztencia	Europe Assistance					
CIB Utazási Védelem	Aegon Biztosító Zrt.					

*Biztosítási szerződés azonosító száma megtalálható a CIB Bank Mobil Applikációjának „Biztosításaim” menüpontjában, vagy érdeklődhet a 06-1-423-1600 telefonszámon ügyfélszolgálatunknál

II. BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT VISSZAVONÁSÁRÓL SZÓLÓ NYILATKOZAT

Jelen Nyilatkozat aláírásával és Szerződő képviselőként eljáró CIB Biztosítási Alkusz Kft. részére történő átadásával kijelentem, hogy az I. pontban megjelölt Biztosítotti Nyilatkozatot visszavonom és biztosítotti jogviszonyom – családi csomag választása esetén biztosítottként megjelölt családtagjaimra kiterjedően – meg kívánom szüntetni. Családi csomag esetén nyilatkozom, hogy biztosított hozzátartozóimat a biztosítotti jogviszonyuk megszűnéséről előzetesen tájékoztattam.

Tudomással bírok arról, hogy a Biztosítotti Nyilatkozatot a vonatkozó biztosítási feltételekben meghatározott módon lehet visszavonni.

Tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselése a vonatkozó biztosítási feltételekben meghatározott módon és időpontban szűnik meg, eddig az időpontig díjfizetési kötelezettség terhel.

Tudomásul veszem, hogy közös tulajdonban lévő bankszámla esetében köteles vagyok a biztosítotti jogviszonyom megszüntetéséről a bankszámla másik tulajdonosát értesíteni, továbbá tudomásul veszem, hogy én viselek minden abból eredő kárt vagy kockázatot, mely abból származik, hogy nem teljesítettem az előbbiekben meghatározott kötelezettségemet.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosítotti jogviszonyom megszüntetése a Bankkal megkötött bankszámlaszerződéselem fennállását nem érinti.

Hitelfedezeti Védelem és Visszafizetési Védelem biztosítások esetében a fentiekén túl:



Tudomásul veszem, hogy a biztosítotti jogviszonyom – a vonatkozó Biztosítási feltételekben rögzítetteknek megfelelően – a díjjal fedezett időszak utolsó napján, azaz a jelen kitöltött és aláírt nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő Törlesztőrészlet fizetés esedékességének napján 24 órakor megszűnik azzal, hogy a megszűnés időpontjáig a biztosítási díj a Biztosítót megilleti.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben Hitelszerződésemmel kapcsolódóan Adóstársamra is kiterjed a csoportos hitelfedezeti biztosítás, és a biztosítotti jogviszony megszüntetéséről szóló nyilatkozatot a Hitelszerződés Adósaként teszem, jelen nyilatkozattal az Adóstárs biztosítotti jogviszonya is megszűnik a Biztosítási Feltételekben foglaltak alapján.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítotti jogviszony megszüntetéséről szóló nyilatkozatot a Hitelszerződés Adóstársaként teszem, jelen nyilatkozattal az Adós biztosítotti jogviszonya nem szűnik meg automatikusan.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosítotti jogviszonyom megszüntetése a Bankkal megkötött jelzálog Hitelszerződésemmel fennállását és az abból eredő hitel,- illetve kölcsön visszafizetési kötelezettségem teljesítését nem érinti.

BIZTOSÍTOTT ADATAI:

Biztosított neve:	
Biztosított lakcíme:	
Biztosított e-mail címe:	
Biztosított anyja neve:	
Biztosított születési helye:	Biztosított születési dátuma:
Bankkártya számának utolsó 4 számjegye**:	
Hitelszerződés alapján a biztosítás/biztosítotti jogviszony megszüntetéséről a nyilatkozatot teszi***	Adós Adóstárs
Hitelszerződés száma****:	

** Hitelkártyához kapcsolódó Hitelfedezeti Védelem, CIB Gold Asszisztencia és CIB Utazási Védelem biztosítások esetén

*** Jelzáloghitel, esetén jelölendő

**** Jelzáloghitel, személyi kölcsön esetén jelölendő

SZÁMLATULAJDONOS ADATAI:

Számlatulajdonos neve:
Számlatulajdonos lakcíme / székhelye:
Számlatulajdonos számlaszáma:
Számlatulajdonos e-mail címe

<<dátum>>

Biztosított aláírás Számlatulajdonos

III. KEDVEZMÉNYEZETT MÓDOSÍTÓ NYILATKOZAT

Kérem, hogy a I. pontban megjelölt Biztosítás haláleseti kedvezményezett személyeit az alábbiak szerint módosítsák.

Biztosítás módosítása: (a megfelelő jelölendő)	Élet- és balesetbiztosítás		CIB Balesetőr	
	CIB Egészségőr		Családfő	
	Hitelfedezeti védelem - Hitelkártya mellé		Hitelfedezeti védelem - Személyi kölcson mellé	
	Hitelfedezeti védelem - Jelzáloghitel mellé		Visszafizetési védelem - Jelzáloghitel mellé	
	CIB Gold Asszisztencia		CIB Utazási Védelem	
Kedvezményezettek adatainak módosítása:	Törlendő:	Neve: Születési ideje: Levelezési címe:	Részarány: a kifizetés	%-a
	Törlendő:	Neve: Születési ideje: Levelezési címe:	Részarány: a kifizetés	%-a
	Rögzítendő:	Neve: Születési ideje: Levelezési címe:	Részarány: a kifizetés	%-a
	Rögzítendő:	Neve: Születési ideje: Levelezési címe:	Részarány: a kifizetés	%-a

Biztosított aláírás Számlatulajdonos

IV. SZEMÉLYES ADATOK VÁLTOZÁSÁNAK BEJELENTÉSE

Kérem, hogy az I. pontban megjelölt Biztosítás(ok) esetében az alábbi adatokat jelen nyilatkozatban megjelölt adatok szerint módosítsák nyilvántartásukban, valamint tájékoztassák a fedezetet nyújtó Biztosítót.

Új adat:

.....

Régi adat:

.....

<<dátum>>

Biztosított aláírás

Számlatulajdonos aláírás