

**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 képviseletében 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 előbbieken 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 nyilatkozatommal 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 nyilatkozatommal 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 kölcsön 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

<<dátum>>

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