

**NYILATKOZAT BIZTOSÍTOTTI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉRŐL
(FELMONDÁS)**

A Sberbank Magyarország Zrt. üzletfelei számára nyújtott biztosítási szolgáltatás
Személyi kölcsönszerződéshez kapcsolódó
élet-, baleset-, egészség- és munkanélküliségi csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozóan
(SB-SZK-2)

Biztosított személyes adatai:

Biztosított neve:			
Születési idő:	év:	hónap:	nap:

A Biztosított által igényelt Személyi kölcsönszerződéshez és biztosításhoz kapcsolódó azonosítók:

Biztosítási azonosító:	
Kölcsönszerződés azonosítója:	

1. Alulírott Biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az általam tett Biztosítotti nyilatkozattal Biztosítottként csatlakoztam a Sberbank Magyarország Zrt. és a Generali Biztosító Zrt. között létrejött „**Sberbank Magyarország Zrt. személyi kölcsönrel rendelkező üzletfelei számára csoportos hitelfedezeti biztosítás - élet-, egészség-, baleset- és munkanélküliségi biztosítási feltételek (SB-SZK-2)**” alapján a csoportos hitel fedezeti biztosításhoz.

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, hogy a biztosítotti jogviszonyom - a vonatkozó Biztosítási feltételekben rögzítetteknek megfelelően a díjjal fedezett időszak utolsó nap végével 24:00 órakor, azaz jelen kitöltött és aláírt nyilatkozat Bankhoz való beérkezésekor a tárgy hónap utolsó napján 24:00 órakor, a díjjal rendezett biztosítási időszak végén megszűnik azzal, hogy a megszűnés időpontjáig a Biztosítottra áthárított biztosítási szolgáltatási díj a Biztosítót megilleti.

4. Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosítotti jogviszonyom felmondása a Bankkal megkötött Személyi kölcsön, illetve Díjfizetésiszáma szerződésemet (Bankszámla vagy Hitelkártya szerződés) nem érinti.

Kelt:

.....
Biztosított aláírása
(Adós)