

Demande d'affiliation

Assurance hospitalisation

Contrat AIACE – n° BCVR – 8673

Date limite d'affiliation:
avant le 69^{ième} anniversaire.

Identité du souscripteur

Nom (de jeune fille) _____ Prénom _____
Date de naissance (j - m - a) _____ Sexe M F
Adresse privée: Rue _____
N° _____ Boîte _____ Code postal _____ Commune _____
Adresse email privée _____
Numéro de téléphone privé _____
Je travaillais pour _____ N° de pension _____
Admis au bénéfice _____
d'une indemnité, à partir du _____
d'une pension d'invalidité, à partir du _____
d'une pension de retraite, à partir du _____

Pension de base _____ EUR N° de membre AIACE* _____

*Rendez-vous sur le site Internet d'AIACE et devenez membre: <http://aiace-europa.eu/contactez-nous/>

Souhaitez-vous assurer votre époux/épouse?

Nom (de jeune fille) _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe M F

Formule choisie

	Assurance hospitalisation SANS couverture accidents		Assurance hospitalisation AVEC couverture accidents	
	Franchise: 100 EUR*	Pas de franchise	e Franchise: 100 EUR*	Pas de franchise
Pour moi-même				
Pour mon conjoint				

* La première tranche de 100 EUR des frais médicaux est à la charge de l'assuré, une fois par an.

Mode de paiement

Par prélèvement automatique _____ Par virement _____

Si vous optez pour le prélèvement automatique, veuillez nous envoyer également un formulaire de prélèvement SEPA par courrier.

J'ai déjà un produit Cigna Eurprivileges:

J'ai entendu parler de cette assurance par

un collègue un séminaire Internet un autre produit Cigna autre

Date

Lieu

Signature du fonctionnaire européen à la retraite

Signature, le cas échéant, de l'époux/épouse à assurer

J'accepte les Modalités et conditions. J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais et exacts. La présentation d'une fausse demande de remboursement tout comme la communication intentionnelle de renseignements mensongers ou la rétention de renseignements relatifs à une demande de remboursement sont punies par la loi. Je confirme avoir lu et compris l'intégralité de l'Avis relatif à la protection des données de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/fr/privacy>). Si je fournis à Cigna des informations à caractère personnel se rapportant à d'autres personnes, je m'engage à informer ces dernières des dispositions de l'Avis relatif à la protection des données de Cigna.