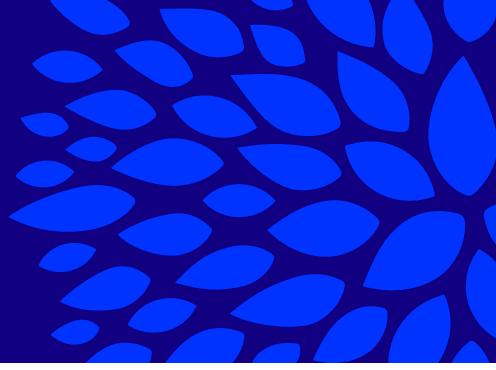


Modulo di affiliazione

Assicurazione per ricovero ospedaliero



Contratto AIACE – n. BCVR – 8673

Termine ultimo per l'affiliazione:
entro il 69° compleanno.

Identità del titolare della polizza

Cognome (da nubile)	Nome		
Data di nascita (g - m - a)	Sesso	M	F
Indirizzo privato: Via			
N.	C.P.	CAP	Città
Indirizzo e-mail privato			
Numero di telefono privato			
Ho lavorato presso	N. pensione		
Ho diritto a			
un'indennità, a decorrere da (data)			
una pensione di invalidità, a decorrere da (data)			
una pensione di anzianità, a decorrere da (data)			

Pensione di base EUR N. di affiliazione AIACE*

* Visiti il sito web AIACE e inoltri la sua richiesta di affiliazione: <http://aiace-europa.eu/contact/?lang=en>

Desidera assicurare il coniuge?

Cognome (da nubile)	Nome		
Data di nascita	Sesso	M	F

Formula scelta

	Assicurazione per ricovero ospedaliero SENZA copertura per infortuni.		Assicurazione per ricovero ospedaliero CON copertura per infortuni.	
	Franchigia 100 EUR*	Nessuna franchigia	Franchigia 100 EUR*	Nessuna franchigia
Per me stesso/a				
Per il mio coniuge				

* Una volta all'anno, i primi 100 EUR delle spese mediche ammissibili sono a carico dell'assicurato.

Metodo di pagamento

Con addebito diretto Con bonifico bancario

Se desidera pagare mediante addebito diretto, la preghiamo di inviarci a mezzo posta il modulo per l'addebito diretto SEPA, debitamente compilato e firmato.

Sono già titolare di un altro prodotto Cigna Eurprivileges:

Ho saputo di questa assicurazione tramite

un collega un seminario Internet un altro prodotto Cigna altro:

Data

Luogo

Firma del membro del personale UE in pensione

Eventuale firma del coniuge da assicurare

Accetto i termini e le condizioni. Certifico che le informazioni sopra indicate sono, al meglio della mia conoscenza e consapevolezza, corrette e veritieri. L'emissione di richieste di rimborso false, la fornitura di informazioni fuorvianti o l'omissione di informazioni pertinenti sono un reato punibile per legge. Con la presente dichiaro di aver letto e compreso integralmente l'*Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/it/privacy>)*. Se fornisco a Cigna informazioni personali riguardanti terzi, sono tenuto a portarli a conoscenza dell'*Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna*.