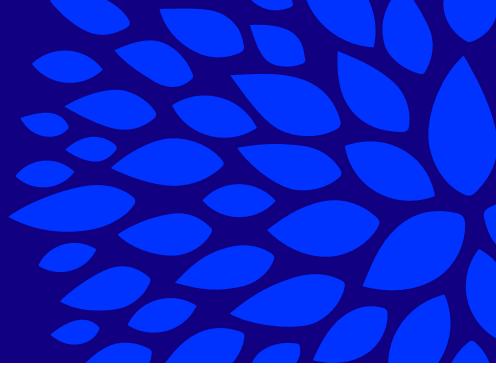


Beitrittsformular

Krankenhausversicherung



AIACE-Vertrag – Nr. BCVR – 8673

Beitrittsgrenze:
vor dem 69. Geburtstag.

Identität des Versicherungsnehmers

(Mädchenname) Nachname Vorname
 Geburtsdatum (T - M - J) Geschlecht M W
 Privatadresse Straße
 Nr. Postkasten Postleitzahl Ort
 Private E-Mail-Adresse
 Private Telefonnummer
 Ich war beschäftigt bei Pensionsnr.
 Ich habe ein Anrecht auf
 eine Beihilfe, ab (Datum)
 Invalidengeld, ab (Datum)
 Ruhestandsgeld, ab (Datum)

Grundrente EUR AIACE-Mitgliedsnr.*

* Besuchen Sie die Website von AIACE und reichen Sie Ihren Antrag ein: <http://aiace-europa.eu/contact/?lang=en>

Möchten Sie Ihre(n) Ehepartner(in) versichern?

(Mädchenname) Nachname Vorname
 Geburtsdatum Geschlecht M W

Gewählter Tarif

	Krankenhausversicherung OHNE Unfalldeckung		Krankenhausversicherung MIT Unfalldeckung	
	100 EUR Selbstbeteiligung*	Keine Selbstbeteiligung	100 EUR Selbstbeteiligung*	Keine Selbstbeteiligung
Für mich selbst				
Für meine(n) Ehepartner(in)				

* Einmal im Jahr gehen die ersten erstattungsfähigen Behandlungskosten in Höhe von 100 EUR zulasten des Versicherten.

Zahlungsart

Per Lastschriftverfahren Per Überweisung

Wenn Sie per Lastschriftverfahren zahlen möchten, senden Sie uns zudem bitte das ordnungsgemäß ausgefüllte und unterzeichnete SEPA-Lastschriftformular per Post zu.

Ich verfüge bereits über ein Produkt von Cigna Eurprivileges:

Ich habe von dieser Versicherung gehört über

einen Kollegen ein Seminar Internet ein anderes Produkt von Cigna Sonstiges:

Datum

Ort

Unterschrift des pensionierten EU-Beschäftigten

Unterschrift des zu versichernden
Ehepartners/der zu versichernden
Ehepartnerin, sofern zutreffend

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Ich versichere, dass die oben genannten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und wahr sind. Die Abgabe falscher Angaben, die Bereitstellung irreführender Informationen oder das Zurückhalten relevanter Informationen ist eine Straftat, die nach dem Gesetz bestraft werden kann. Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung von Cigna Healthcare (<https://www.cignahealthbenefits.com/en/privacy>) gelesen und vollständig verstanden habe. Falls ich Cigna Healthcare personenbezogene Informationen von anderen zur Verfügung stelle, werde ich diese über die Datenschutzerklärung von Cigna Healthcare informieren.