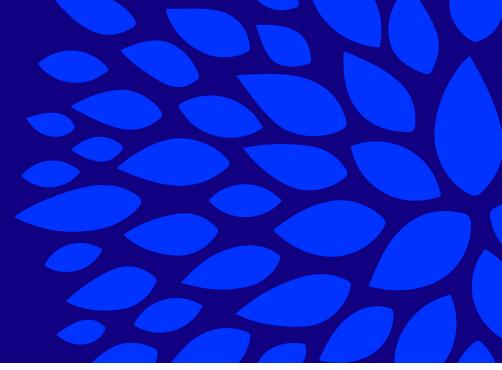


Formulario de afiliación

Seguro de hospitalización



Contrato de AIACE – n.º BCVR - 8673

Plazo límite de afiliación:
antes de cumplir 69 años.

Identidad del tomador del seguro

| | | | |
|--|---|---------------|--------|
| Apellidos | Nombre de pila | | |
| Fecha de nacimiento (d - m - a) | Sexo | M | F |
| Domicilio particular: Calle | | | |
| N.º | Buzón | Código postal | Ciudad |
| Dirección de correo electrónico particular | | | |
| Teléfono particular | | | |
| He sido empleado de | N.º de pensión | | |
| Tengo derecho a | una mensualidad, a partir de (fecha) una pensión de invalidez, desde (fecha) una pensión de jubilación, desde (fecha) | | |

Pensión básica EUR N.º de afiliación a AIACE*

Visite la página web de AIACE y presente su solicitud: <http://aiace-europa.eu/contact/?lang=en>

¿Desea asegurar a su cónyuge?

| | | | |
|---------------------|----------------|---|---|
| Apellidos | Nombre de pila | | |
| Fecha de nacimiento | Sexo | M | F |

Fórmula elegida

| | Seguro de hospitalización SIN cobertura de accidentes | | Seguro de hospitalización CON cobertura de accidentes | |
|-----------------|--|----------------|--|----------------|
| | Franquicia de 100 EUR* | Sin franquicia | Franquicia de 100 EUR* | Sin franquicia |
| Para mí | | | | |
| Para mi cónyuge | | | | |

* Una vez al año, los primeros 100 EUR de los gastos médicos elegibles correrán a cargo de la persona asegurada.

Modalidad de pago

Por adeudo directo Por transferencia bancaria

Si desea pagar la prima por adeudo directo, envíenos también el formulario de adeudo directo de la SEPA por correo postal debidamente rellenado y firmado.

Ya tengo un producto de Cigna Eurprivileges:

Me he enterado de esto por

un compañero un seminario Internet otro producto de Cigna otro:

Fecha

Lugar

Firma del funcionario de la UE jubilado

Firma del cónyuge a asegurar, si procede

Acepto los términos y condiciones. Declaro que la información anterior es, a mi leal saber y entender, correcta y verdadera. La presentación de solicitudes de reembolso falsas o la provisión de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito penable por la ley. Por la presente, confirmo que he leído y comprendido plenamente el Aviso de Protección de Datos Personales de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/es/privacy>). Si facilito a Cigna datos personales de otras personas, pondré en su conocimiento el Aviso de Protección de Datos Personales de Cigna.