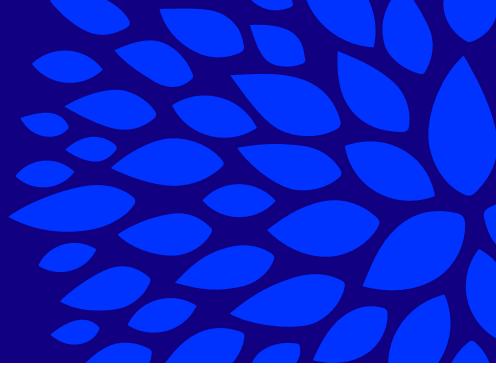


# Demande d'affiliation

## Assurance hospitalisation



### Contrat AIACE – n° BCVR – 8673

Date limite d'affiliation:  
avant le 69<sup>ème</sup> 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.