

Beitrittsformular

Krankenhausversicherung

AIACE-Vertrag – Nr. BCVR – 8673

Identität des Versicherungsnehmers

Beitrittsgrenze:
vor dem 67. Geburtstag.

(Mädchenname) Nachname	Vorname
Geburtsdatum (T - M - J)	Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W

Gewählter Tarif

	Krankenhausversicherung OHNE Unfalldeckung		Krankenhausversicherung MIT Unfalldeckung	
	100 EUR Selbstbeteiligung*	Keine Selbstbeteiligung	100 EUR Selbstbeteiligung*	Keine Selbstbeteiligung
Für mich selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für meine(n) Ehepartner(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 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.

Siehe umseitig.

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 Bedingungen. Ich versichere, dass die obigen Angaben nach meinem besten Wissen korrekt und wahrheitsgetreu sind. Die Einforderung unberechtigter Ansprüche, Bereitstellung irreführender Informationen oder Einbehaltung damit verbundener Angaben stellen Straftaten dar, die strafrechtlich geahndet werden. Ich bestätige hiermit, dass ich die Datenschutzerklärung von Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/de/privacy>) gelesen und vollständig verstanden habe. Wenn ich Cigna personenbezogene Daten in Bezug auf Dritte gebe, werde ich diese auf die Datenschutzerklärung von Cigna hinweisen.