

Formulario de afiliación

Seguro de accidentes

Contrato de AIACE - n.º 719.757.143

Identidad del tomador del seguro

Plazo límite de afiliación:
antes de cumplir 80 años.

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*

Deseo solicitar este seguro como

funcionario jubilado de una institución de la UE

pareja/cónyuge superviviente de un funcionario (jubilado)

* 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

CON franquicia fórmula A fórmula B fórmula C

SIN franquicia fórmula A fórmula B fórmula C

Autorización para deducir la prima

Prima %

Por la presente autorizo a la Administración de la Unión Europea a deducir cada mes la prima del seguro de mi pensión mensual o mensualidad y abonarla a Cigna Eurprivileges.

Ver al dorso.

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/pareja 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 de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito punible por la ley. Por la presente confirmo que he leído y entiendo 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.

Designación de beneficiarios del capital por fallecimiento

Seguro de accidentes

Contrato de AIACE - n.º 719.757.143

A cumplimentar por el tomador del seguro

Yo, el que suscribe

Apellidos Nombre de pila

Domicilio particular: Calle

N.º Buzón

Código postal Ciudad

asegurado por la póliza arriba mencionada, por la presente designo a la persona o personas siguientes para recibir el capital asegurado tras mi fallecimiento (si nombra a varios beneficiarios, mencione la parte que desee reservar para cada uno de ellos):

Beneficiario (nombre y domicilio) Parte

Fecha Lugar

Firma del funcionario de la UE jubilado Firma del cónyuge/pareja 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 de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito punible por la ley. Por la presente confirmo que he leído y entiendo 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.

Designación de beneficiarios del capital por fallecimiento

Seguro de accidentes

Contrato de AIACE - n.º 719.757.143

A cumplimentar por el cónyuge (supérstite)

Yo, el que suscribe

Apellidos Nombre de pila

Domicilio particular: Calle

N.º Buzón

Código postal Ciudad

asegurado por la póliza arriba mencionada, por la presente designo a la persona o personas siguientes para recibir el capital asegurado tras mi fallecimiento (si nombra a varios beneficiarios, mencione la parte que desee reservar para cada uno de ellos):

Beneficiario (nombre y domicilio) Parte

Fecha Lugar

Firma del funcionario de la UE jubilado Firma del cónyuge/pareja 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 de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito punible por la ley. Por la presente confirmo que he leído y entiendo plenamente el Aviso de protección de datos personales de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/en/privacy>). Si facilito a Cigna datos personales de otras personas, pondré en su conocimiento el Aviso de protección de datos personales de Cigna.