

## Demande d'affiliation

### Assurance Santé Complémentaire

n° BCVR - 8672

#### Identité du souscripteur

Date limite d'affiliation:  
six mois avant le départ à la retraite.

Nom				Prénom		
Date de naissance (j - m - a)				Sexe	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Adresse privée: Rue				N°	Boîte	
	Code postal			Commune		
Email privée				N° tél. privé		
Etat civil	<input type="radio"/> célibataire	<input type="radio"/> marié(e)	<input type="radio"/> divorcé(e)	<input type="radio"/> cohabitant	<input type="radio"/> veuf / veuve	
Institution				N° de personnel		
Lieu d'affectation				Grade et échelon		
Adresse de bureau				Date d'entrée en service		
Email bureau				N° tél. bureau		
Je confirme être en activité pour encore au moins 6 mois				<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
N° d'affiliation						

#### Autres personnes à assurer

Conjoint(e)

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

Enfant(s) à charge

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

## Formule choisie

		<b>EurPrivileges Santé</b>	<b>EurPrivileges Santé Plus</b>
Souscripteur		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjoint(e)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfant(s) à charge	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Mode de paiement

Prélèvement  Par virement

Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

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.