

# Formulario de afiliación

## Seguro de hospitalización

Contrato de AIACE - n.º BCVR - 8673

Plazo límite de afiliación:  
antes de cumplir 67 años.

### Identidad del tomador del seguro

Apellidos	Nombre de pila
Fecha de nacimiento (d - m - a)	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mi cónyuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 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 relleno y firmado.

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 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.