

# Formulario de afiliación

## Seguro de hospitalización

**Contrato de AIACE – n.º BCVR - 8673**

Plazo límite de afiliación:  
antes de cumplir 69 años.

### Identidad del tomador del seguro

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\*

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

	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				
Para mi cónyuge				

\* 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 rellenado y firmado.

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 la provisión de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito penable por la ley. Por la presente, confirmo que he leído y comprendido 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.*