

Beitrittsformular

Unfallversicherung

AIACE-Vertrag – Nr. 719.757.143

Identität des Versicherungsnehmers

Beitrittsgrenze:
vor dem 80. Geburtstag.

(Mädchenname) Nachname Vorname

Geburtsdatum (T - M - J) Geschlecht M 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.*

Ich möchte einen Antrag auf Aufnahme in diese Versicherung stellen als

pensionierter Beschäftigter einer EU-Institution

der/die überlebende (Ehe)Partner(in) eines (pensionierten) Beschäftigten

* 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 M W

Gewählter Tarif

MIT Selbstbeteiligung Tarif A Tarif B Tarif C

OHNE Selbstbeteiligung Tarif A Tarif B Tarif C

Genehmigung für den Abzug des Versicherungsbeitrags

Beitragssatz %

Hiermit erteile ich der Verwaltungsstelle der Europäischen Union die Genehmigung, jeden Monat den Versicherungsbeitrag von meinem monatlichen Ruhegehalt bzw. meiner monatlichen Beihilfe abzuziehen und an Cigna Eurprivileges zu zahlen.

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 (Ehe)
Partners/der zu versichernden (Ehe)
Partnerin, 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.

Benennung der Begünstigten der Kapitaleistung im Todesfall

Unfallversicherung

AIACE-Vertrag – Nr. 719.757.143

Vom Versicherungsnehmer auszufüllen

Ich, der Unterzeichnete

(Mädchenname) Nachname

Vorname

Privatadresse Straße

Nr. Postkasten

Postleitzahl

Ort

versichert gemäß der oben angegebenen Police, benenne hiermit die folgende(n) Person(en) für den Erhalt der Kapitaleistung, die im Falle meines Todes zahlbar ist (wenn Sie mehrere Begünstigte benennen, beziffern Sie bitte den Anteil, den Sie den einzelnen Personen jeweils zukommen lassen wollen):

Begünstigter (Name + Anschrift)

Anteil

Datum

Ort

Unterschrift des pensionierten EU-Beschäftigten

Unterschrift des zu versichernden (Ehe)
Partners/der zu versichernden (Ehe)
Partnerin, 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.

Cigna Eurprivileges • info@eurprivileges.com • www.eurprivileges.com
c/o Cigna International Health Services BV • Plantin en Moretuslei 299 • 2140 Antwerpen
Belgien • RPR Antwerpen • UST BE 0414 783 183



Cigna®

Eurprivileges

Benennung der Begünstigten der Kapitaleistung im Todesfall

Unfallversicherung

AIACE-Vertrag – Nr. 719.757.143

Von dem/der überlebenden Ehepartner(in) auszufüllen

Ich, der Unterzeichnete

(Mädchenname) Nachname

Vorname

Privatadresse Straße

Nr. Postkasten

Postleitzahl

Ort

versichert gemäß der oben angegebenen Police, benenne hiermit die folgende(n) Person(en) für den Erhalt der Kapitaleistung, die im Falle meines Todes zahlbar ist (wenn Sie mehrere Begünstigte benennen, beziffern Sie bitte den Anteil, den Sie den einzelnen Personen jeweils zukommen lassen wollen):

Begünstigter (Name + Anschrift)

Anteil

Datum

Ort

Unterschrift des pensionierten EU-Beschäftigten

Unterschrift des zu versichernden (Ehe)
Partners/der zu versichernden (Ehe)
Partnerin, 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.

Cigna Eurprivileges • info@eurprivileges.com • www.eurprivileges.com
c/o Cigna International Health Services BV • Plantin en Moretuslei 299 • 2140 Antwerpen
Belgien • RPR Antwerpen • UST BE 0414 783 183



Eurprivileges