

Demande d'affiliation

Assurance accidents

Contrat AIACE - n° 719.757.143

Date limite d'affiliation:
avant le 80^{ième} anniversaire.

Identité du souscripteur

Nom (de jeune fille) _____ Prénom _____

Date de naissance (j - m - a) _____ Sexe M F _____

Adresse privée: Rue _____

N° _____ Boîte _____

Code postal _____ Commune _____

Adresse email privée _____

Numéro de téléphone privé _____

Je travaillais pour _____ N° de pension _____

Admis au bénéfice d'une indemnité, à partir du _____

d'une pension d'invalidité, à partir du _____

d'une pension de retraite, à partir du _____

Pension de base _____ EUR _____ N° de membre AIACE* _____

Je souhaite faire une demande de couverture en tant que _____

un ancien membre du personnel d'une institution de l'UE _____

l'époux/épouse survivant(e) d'un membre du personnel (à la retraite) _____

*Rendez-vous sur le site Internet d'AIACE et devenez membre: <http://aiace-europa.eu/contactez-nous/>

Voulez-vous assurer votre époux/épouse?

Nom (de jeune fille) _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe M F _____

Formule choisie

Formule AVEC franchise formule A formule B formule C _____

Formule SANS franchise formule A formule B formule C _____

Autorisation de prélèvement de la prime d'assurance

Taux _____ % _____

J'autorise l'administration de l'Union européenne à prélever chaque mois sur mon indemnité ou ma pension mensuelle, la prime due pour l'Assurance accidents conclue par l'AIACE, à charge d'en verser le montant au courtier Cigna Eurprivileges.

Tournez la page svp.

J'ai déjà un produit Cigna Eurprivileges:

J'ai entendu parler de cette assurance par

- un collègue un séminaire Internet un autre produit Cigna
- autre:

Date

Lieu

Signature du fonctionnaire retraité

Signature, le cas échéant, de l'époux/épouse à assurer

Les données communiquées peuvent être traitées par Cigna International Health Services BVBA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgique, maître du fichier, en vue du service aux assurés, la gestion des polices d'assurances et des sinistres. Uniquement à cet effet, le soussigné donne son consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant lui/elle-même et/ou les membres de sa famille. La loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 prévoit le droit d'accès et de rectification ainsi que la possibilité de consulter le registre.

Désignation des bénéficiaires du capital décès

Assurance accidents

Contrat AIACE - n° 719.757.143

A remplir par le souscripteur

Je, soussigné(e)

Nom (de jeune fille)

Prénom

Adresse privée: Rue

N°

Boîte

Code postal

Commune

assuré(e) dans le cadre de ladite police, déclare par la présente désigner comme bénéficiaires du capital 'décès' (si vous mentionnez plusieurs bénéficiaires, prière d'indiquer la part que vous désirez réserver à chacun d'eux):

Bénéficiaire (nom + adresse)

Part

Date

Lieu

Signature du fonctionnaire retraité

Signature, le cas échéant, de l'époux/épouse à assurer

Les données communiquées peuvent être traitées par Cigna International Health Services BVBA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgique, maître du fichier, en vue du service aux assurés, la gestion des polices d'assurances et des sinistres. Uniquement à cet effet, le soussigné donne son consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant lui/elle-même et/ou les membres de sa famille. La loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 prévoit le droit d'accès et de rectification ainsi que la possibilité de consulter le registre.

Désignation des bénéficiaires du capital décès

Assurance accidents

Contrat AIACE - n° 719.757.143

A remplir par l'époux/épouse survivant(e)

Je, soussigné(e)

Nom (de jeune fille)

Prénom

Adresse privée: Rue

N°

Boîte

Code postal

Commune

assuré(e) dans le cadre de ladite police, déclare par la présente désigner comme bénéficiaires du capital 'décès' (si vous mentionnez plusieurs bénéficiaires, prière d'indiquer la part que vous désirez réserver à chacun d'eux):

Bénéficiaire (nom + adresse)

Part

Date

Lieu

Signature du fonctionnaire retraité

Signature, le cas échéant, de l'époux/épouse à assurer

Les données communiquées peuvent être traitées par Cigna International Health Services BVBA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgique, maître du fichier, en vue du service aux assurés, la gestion des polices d'assurances et des sinistres. Uniquement à cet effet, le soussigné donne son consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant lui/elle-même et/ou les membres de sa famille. La loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 prévoit le droit d'accès et de rectification ainsi que la possibilité de consulter le registre.