

# Aansluitingsformulier

## Ongevallenverzekering

AIACE-contract – nr. 719.757.143

### Identiteit van de verzekeringnemer

Deadline om zich aan te sluiten:  
voor uw 80ste verjaardag.

(Meisjes)naam  Voornaam

Geboortedatum (d - m - j)  Geslacht  M  V

Privéadres: Straat

Nr.  Bus

Postcode  Stad

E-mailadres (privé)

Telefoonnummer (privé)

Ik was in dienst van  Pensioennummer

Ik kom in aanmerking voor  een vergoeding, vanaf (datum)

een invaliditeitspensioen, vanaf (datum)

een ouderdompensioen, vanaf (datum)

Basispensioen  EUR  AIACE-aansluitingsnummer\*

Ik wil deze verzekering aanvragen als

gepensioneerd personeelslid van een EU-instelling

overlevende partner/echtgeno(o)t(e) van een (gepensioneerd) personeelslid

\* Bezoek de website van AIACE en dien uw aanvraag in: <http://aiace-europa.eu/contact/?lang=en>

### Wilt u uw echtgeno(o)t(e) verzekeren?

(Meisjes)naam  Voornaam

Geboortedatum  Geslacht  M  V

### Gekozen formule

MET eigen risico  formule A  formule B  formule C

ZONDER eigen risico  formule A  formule B  formule C

### Toestemming om de premie in te houden

Premie  %

**Ik geef de administratie van de Europese Unie toestemming om de verzekeringspremie elke maand in te houden op mijn maandpensioen of -uitkering en deze aan Cigna Eurprivileges te betalen.**

**Kijk op de achterkant.**

Ik heb al een Cigna Eurprivileges-product:

Ik hoorde over deze verzekering via

een collega     een seminar     het internet     een ander product van Cigna

via een ander kanaal:

Datum

Plaats

Handtekening van het gepensioneerde EU-personeelslid

Handtekening van de te verzekeren partner/  
echtgeno(o)t(e), in voorkomend geval

Ik aanvaard de voorwaarden. Ik verklaar dat de hierboven vermelde informatie naar mijn beste weten juist en waar is. Het indienen van valse terugbetalingsaanvragen, het verstrekken van misleidende informatie of het achterhouden van informatie in verband daarmee is strafbaar bij wet. Ik bevestig hierbij dat ik Cigna's gegevensbeschermingsverklaring (<https://www.cignahealthbenefits.com/nl/privacy>) heb gelezen en volledig begrijp. Als ik Cigna persoonsgegevens met betrekking tot anderen verstrek, zal ik hen op de hoogte brengen van de gegevensbeschermingsverklaring van Cigna.

# Aanwijzing van de begunstigen van het overlijdenskapitaal

## Ongevallenverzekering

AIACE-contract - nr. 719.757.143

### In te vullen door de verzekeringnemer

Ik, ondergetekende

(Meisjes)naam

Voornaam

Privéadres: Straat

Nr.

Bus

Postcode

Stad

verzekerde in het kader van de hierboven vermelde polis, wijs hierbij de volgende persoon (personen) aan die het bij mijn overlijden uit te keren kapitaal dient (dienen) te ontvangen (als u meerdere begunstigen aanwijst, vermeld dan het aandeel dat u voor elk van hen wenst te reserveren):

Begunstigde (naam + adres)

Aandeel

Datum

Plaats

Handtekening van het gepensioneerde EU-personeelslid

Handtekening van de te verzekeren partner/  
echtgeno(o)t(e), in voorkomend geval

Ik aanvaard de voorwaarden. Ik verklaar dat de hierboven vermelde informatie naar mijn beste weten juist en waar is. Het indienen van valse terugbetalingsaanvragen, het verstrekken van misleidende informatie of het achterhouden van informatie in verband daarmee is strafbaar bij wet. Ik bevestig hierbij dat ik Cigna's gegevensbeschermingsverklaring (<https://www.cignahealthbenefits.com/nl/privacy>) heb gelezen en volledig begrijp. Als ik Cigna persoonsgegevens met betrekking tot anderen verstrek, zal ik hen op de hoogte brengen van de gegevensbeschermingsverklaring van Cigna.

# Aanwijzing van de begunstigden van het overlijdenskapitaal

## Ongevallenverzekering

AIACE-contract - nr. 719.757.143

### In te vullen door de (overlevende) echtgeno(o)t(e)

Ik, ondergetekende

(Meisjes)naam

Voornaam

Privéadres: Straat

Nr.

Bus

Postcode

Stad

verzekerde in het kader van de hierboven vermelde polis, wijs hierbij de volgende persoon (personen) aan die het bij mijn overlijden uit te keren kapitaal dient (dienen) te ontvangen (als u meerdere begunstigden aanwijst, vermeld dan het aandeel dat u voor elk van hen wenst te reserveren):

Begunstigde (naam + adres)

Aandeel

Datum

Plaats

Handtekening van het gepensioneerde EU-personeelslid

Handtekening van de te verzekeren partner/  
echtgeno(o)t(e), in voorkomend geval

Ik aanvaard de voorwaarden. Ik verklaar dat de hierboven vermelde informatie naar mijn beste weten juist en waar is. Het indienen van valse terugbetalingsaanvragen, het verstrekken van misleidende informatie of het achterhouden van informatie in verband daarmee is strafbaar bij wet. Ik bevestig hierbij dat ik Cigna's gegevensbeschermingsverklaring (<https://www.cignahealthbenefits.com/nl/privacy>) heb gelezen en volledig begrijp. Als ik Cigna persoonsgegevens met betrekking tot anderen verstrek, zal ik hen op de hoogte brengen van de gegevensbeschermingsverklaring van Cigna.