

# Aansluitingsformulier

## Hospitalisatieverzekering

AIACE-contract – nr. BCVR – 8673

### Identiteit van de verzekeringnemer

Deadline om zich aan te sluiten:  
voor uw 67ste verjaardag.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| (Meisjes)naam             | Voornaam   |
| Geboortedatum (d - m - j) | Geslacht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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 ouderdomspensioen, vanaf (datum)

Basispensioen                      EUR                      AIACE-aansluitingsnummer\*

\* 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 <input type="radio"/> M <input type="radio"/> V |

### Gekozen formule

|                              | Hospitalisatieverzekering ZONDER<br>ongevallenverzekering |                       | Hospitalisatieverzekering MET<br>ongevallenverzekering |                       |
|------------------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
|                              | 100 euro eigen<br>risico*                                 | Geen eigen risico     | 100 euro eigen<br>risico*                              | Geen eigen risico     |
| Voor mezelf                  | <input type="radio"/>                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                  | <input type="radio"/> |
| Voor mijn<br>echtgeno(o)t(e) | <input type="radio"/>                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                  | <input type="radio"/> |

\* Eenmaal per jaar komt de eerste 100 euro aan in aanmerking komende medische kosten ten laste van de verzekerde.

### Betalingswijze

Via domiciliëring                       Via bankoverschrijving

Als u via domiciliëring wilt betalen, stuur ons dan ook het correct ingevulde en ondertekende SEPA-domiciliëringsformulier per post.

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  
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.