

Modulo di affiliazione

Assicurazione per infortuni

Contratto AIACE - n. 719.757.143

Identità del titolare della polizza

Termine ultimo per l'affiliazione:
entro 80 anni di età.

Cognome (da nubile)	Nome	
Data di nascita (g - m - a)	Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Indirizzo privato: Via		

N.	C.P.	
CAP	Città	
Indirizzo e-mail privato		
Numero di telefono privato		
Ho lavorato presso	N. pensione	
Ho diritto a	<input type="radio"/> un'indennità, a decorrere da (data)	
	<input type="radio"/> una pensione di invalidità, a decorrere da (data)	
	<input type="radio"/> una pensione di anzianità, a decorrere da (data)	

Pensione di base	EUR	N. di affiliazione AIACE*
Desidero aderire a questa assicurazione in qualità di		
<input type="radio"/> membro in pensione del personale di un'istituzione UE		
<input type="radio"/> partner/coniuge superstite di un membro (in pensione) del personale		

* Visiti il sito web AIACE e inoltri la sua richiesta di affiliazione: <http://aiace-europa.eu/contact/?lang=en>

Desidera assicurare il coniuge?

Cognome (da nubile)	Nome	
Data di nascita	Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

Formula scelta

CON franchigia	<input type="radio"/> formula A	<input type="radio"/> formula B	<input type="radio"/> formula C
SENZA franchigia	<input type="radio"/> formula A	<input type="radio"/> formula B	<input type="radio"/> formula C

Autorizzazione alla detrazione del premio

Tasso di premio	%
-----------------	---

Con la presente autorizzo l'Amministrazione dell'Unione europea a detrarre ogni mese il premio assicurativo dalla mia pensione o indennità mensile per versarlo a Cigna Eurprivileges.

Vedere a tergo

Sono già titolare di un altro prodotto Cigna Eurprivileges:

Ho saputo di questa assicurazione tramite

- un collega un seminario Internet un altro prodotto Cigna
- altro:

Data

Luogo

Firma del membro del personale UE in pensione

Eventuale firma del partner/coniuge da assicurare

Accetto i termini e le condizioni. Certifico che le informazioni sopra indicate sono, al meglio della mia conoscenza e consapevolezza, corrette e veritiere. L'emissione di richieste di rimborso false, la fornitura di informazioni fuorvianti o l'omissione di informazioni pertinenti sono un reato punibile per legge. Con la presente dichiaro di avere letto e compreso integralmente l'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/it/privacy>). Se fornisco a Cigna informazioni personali riguardanti terzi, sono tenuto a portarli a conoscenza dell'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna.

Designazione dei beneficiari del capitale di decesso

Assicurazione per infortuni

Contratto AIACE - n. 719.757.143

Da compilare a cura del titolare della polizza

Io, sottoscritto/a

Cognome (da nubile)

Nome

Indirizzo privato: Via

N.

C.P.

CAP

Città

assicurato/a in base alla suddetta polizza, designo la/e seguente/i persona/e quale beneficiario/i del capitale pagabile al mio decesso (se nomina più beneficiari, specifichi la quota che desidera assegnare a ciascuno di essi):

Beneficiario (nome + indirizzo)

Quota

Data

Luogo

Firma del membro del personale UE in pensione

Eventuale firma del partner/coniuge da assicurare

Accetto i termini e le condizioni. Certifico che le informazioni sopra indicate sono, al meglio della mia conoscenza e consapevolezza, corrette e veritiere. L'emissione di richieste di rimborso false, la fornitura di informazioni fuorvianti o l'omissione di informazioni pertinenti sono un reato punibile per legge. Con la presente dichiaro di avere letto e compreso integralmente l'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/it/privacy>). Se fornisco a Cigna informazioni personali riguardanti terzi, sono tenuto a portarli a conoscenza dell'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna.

Designazione dei beneficiari del capitale di decesso

Assicurazione per infortuni

Contratto AIACE - n. 719.757.143

Da compilare a cura del coniuge (superstite)

Io, sottoscritto/a

Cognome (da nubile)

Nome

Indirizzo privato: Via

N.

C.P.

CAP

Città

assicurato/a in base alla suddetta polizza, designo la/e seguente/i persona/e quale beneficiario/i del capitale pagabile al mio decesso (se nomina più beneficiari, specifichi la quota che desidera assegnare a ciascuno di essi):

Beneficiario (nome + indirizzo)

Quota

Data

Luogo

Firma del membro del personale UE in pensione

Eventuale firma del partner/coniuge da assicurare

Accetto i termini e le condizioni. Certifico che le informazioni sopra indicate sono, al meglio della mia conoscenza e consapevolezza, corrette e veritiere. L'emissione di richieste di rimborso false, la fornitura di informazioni fuorvianti o l'omissione di informazioni pertinenti sono un reato punibile per legge. Con la presente dichiaro di avere letto e compreso integralmente l'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/it/privacy>). Se fornisco a Cigna informazioni personali riguardanti terzi, sono tenuto a portarli a conoscenza dell'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna.