

**AANVRAAGFORMULIER CIGNA GLOBAL
OPTIES ZIEKTEKOSTENVERZEKERING**

HALLO

**Het is ons een genoegen dat u zich bij
ons wilt inschrijven.**

Together, all the way.SM



Vul dit aanvraagformulier in en stuur het naar ons toe. Zie onze contactgegevens aan het einde van dit formulier. Gebruik alstublieft HOOFDLETTERS.

Om aan bepaalde wettelijke vereisten te voldoen, moet u in Sectie A hieronder vermelden of u of iemand anders die dekking ontvangt onder de polis een politiek prominente persoon is. Een politiek prominente persoon is een persoon die een prominente positie bekleedt of eerder heeft bekleed in een openbare functie, zoals een lid van een koninklijke familie, een staatshoofd, een rechterlijke functionaris, een politicus, een militaire officier enz. Deze vereiste is alleen van toepassing als uw polis geregeld is via ons afdeling in Dubai International Finance Centre.

DEEL A

GEGEVENS VAN DE AANVRAGER

Vul dit gedeelte in voor alle personen die door de polis gedekt moeten worden, inclusief de verzekeringnemer en eventuele van de verzekeringnemer afhankelijke personen.

UW REGELING

Welke regeling wenst u?	Silver		Gold		Platinum	
-------------------------	--------	--	------	--	----------	--

VERZEKERINGNEMER

U moet ons op de hoogte stellen van wijzigingen in uw contactgegevens, zodat we kunnen zorgen dat onze correspondentie u bereikt.

Titel		Voornaam		Overige initialen		Achternaam	
Geslacht (aankruisen s.v.p.)		Mannelij		Vrouwelijk		Geburtsdatum (DD/MM/JJJJ)	
Bent u een politiek prominente persoon? (zie toelichting hierboven)		Ja		Nee			
Beroep							
Bent u momenteel in de VS?		Ja		Nee			

Zo ja, geef aan in welke staat: **Zo niet, ga dan naar de vraag over nationaliteit**

Geef hieronder uw Amerikaanse adres op als u zich momenteel in een van de volgende staten bevindt: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA.

Als u zich niet in een van deze staten bevindt, ga dan naar de vraag over nationaliteit.

Adres							
Plaats		Provincie		Postcode			
Nationaliteit (Wat is de nationaliteit voor uw primaire paspoort?)							
Locatie (Het land waarin u woont/zult wonen gedurende het grootste deel van de dekkingsperiode)							
Adres in land van vestiging (indien bekend)							
Adresregel 1							
Adresregel 2							
Adresregel 3							
Land				Postcode			
Correspondentieadres (als de aanvrager een Amerikaanse staatsburger is, moet het adres buiten de Verenigde Staten zijn.)							
Adresregel 1							
Adresregel 2							
Adresregel 3							
Land				Postcode			
Telefoonnummer overdag (Landcode - netnummer - nummer)							
Nummer mobiele telefoon (Landcode - netnummer - nummer)							
Fax (Landcode - netnummer - nummer)							
E-mailadres							
Lengte:	Meter		Centimeter		Gewicht:	Kilogram	
Hebt u in de afgelopen 12 maanden gerookt of producten ter vervanging van tabak of nicotine gebruikt?		Ja		Nee			
Zo ja, hoeveel per dag?		Minder dan 20 per dag		20 of meer per dag			

AFHANKELIJKE PERSOON 1

Titel		Voornaam		Overige initialen		Achternaam		
Relatie met verzekeringnemer				Geslacht (aankruisen s.v.p.)	Mannelijk		Vrouwelijk	
Bent u een politiek prominente persoon? (zie toelichting hierboven)							Ja	Nee
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)				Beroep				
Nationaliteit (Wat is de nationaliteit voor uw primaire paspoort?)								
Locatie (Het land waarin u woont/zult wonen gedurende het grootste deel van de dekkingsperiode)								
Lengte:	Meter		Centimeter		Gewicht:	Kilogram		
Hebt u in de afgelopen 12 maanden gerookt of producten ter vervanging van tabak of nicotine gebruikt?							Ja	Nee
Zo ja , hoeveel per dag?		Minder dan 20 per dag			20 of meer per dag			

AFHANKELIJKE PERSOON 2

Titel		Voornaam		Overige initialen		Achternaam		
Relatie met verzekeringnemer				Geslacht (aankruisen s.v.p.)	Mannelijk		Vrouwelijk	
Bent u een politiek prominente persoon? (zie toelichting hierboven)							Ja	Nee
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)				Beroep				
Nationaliteit (Wat is de nationaliteit voor uw primaire paspoort?)								
Locatie (Het land waarin u woont/zult wonen gedurende het grootste deel van de dekkingsperiode)								
Lengte:	Meter		Centimeter		Gewicht:	Kilogram		
Hebt u in de afgelopen 12 maanden gerookt of producten ter vervanging van tabak of nicotine gebruikt?							Ja	Nee
Zo ja , hoeveel per dag?		Minder dan 20 per dag			20 of meer per dag			

AFHANKELIJKE PERSOON 3

Titel		Voornaam		Overige initialen		Achternaam		
Relatie met verzekeringnemer				Geslacht (aankruisen s.v.p.)	Mannelijk		Vrouwelijk	
Bent u een politiek prominente persoon? (zie toelichting hierboven)							Ja	Nee
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)				Beroep				
Nationaliteit (Wat is de nationaliteit voor uw primaire paspoort?)								
Locatie (Het land waarin u woont/zult wonen gedurende het grootste deel van de dekkingsperiode)								
Lengte:	Meter		Centimeter		Gewicht:	Kilogram		
Hebt u in de afgelopen 12 maanden gerookt of producten ter vervanging van tabak of nicotine gebruikt?							Ja	Nee
Zo ja , hoeveel per dag?		Minder dan 20 per dag			20 of meer per dag			

AFHANKELIJKE PERSOON 4

Titel		Voornaam		Overige initialen		Achternaam		
Relatie met verzekeringnemer				Geslacht (aankruisen s.v.p.)	Mannelijk		Vrouwelijk	
Bent u een politiek prominente persoon? (zie toelichting hierboven)							Ja	Nee
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)				Beroep				
Nationaliteit (Wat is de nationaliteit voor uw primaire paspoort?)								
Locatie (Het land waarin u woont/zult wonen gedurende het grootste deel van de dekkingsperiode)								
Lengte:	Meter		Centimeter		Gewicht:	Kilogram		
Hebt u in de afgelopen 12 maanden gerookt of producten ter vervanging van tabak of nicotine gebruikt?							Ja	Nee
Zo ja , hoeveel per dag?		Minder dan 20 per dag			20 of meer per dag			

DEEL B

GEGEVENS VAN DE AANVRAGER

Welk dekkinggebied wenst u?	De hele wereld	De hele wereld behalve de VS
Wanneer moet de polis ingaan? (DD/MM/JJJJ)		

INTERNATIONALE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Kies uw eigen risico	\$0	\$375	\$750	\$1.500	\$3.000	\$7.500	\$10.000
	€0	€275	€550	€1.100	€2.200	€5.500	€7.400
	£0	£250	£500	£1.000	£2.000	£5.000	£6.650
Kies daarna het percentage van uw aandeel in de kosten	Geen aandeel			10%	20%	30%	
Kies het maximum van uw "out of pocket"-kosten (Dit is het maximumbedrag van uw aandeel in de kosten in de regeling voor internationale medische verzekering die u moet betalen bij een claim of claims per dekkingperiode)						\$2.000	\$5.000
						€1.480	€3.700
						£1.330	£3.325

OPTIONELE VOORDELEN

Wilt u uw regeling uitbreiden met een van de volgende opties?

Internationale Ambulante Zorg		Eigen risico				
Ja	Nee	\$0	\$150	\$500	\$1.000	\$1.500
		€0	€110	€370	€700	€1.100
		£0	£100	£335	£600	£1.000
Aandeel in kosten na eigen risico (er wordt een maximum voor "out of pocket"-kosten van \$3.000 / €2.200 / £2.000 toegepast op aandeel in kosten voor Ambulante patiënt - Internationaal)						
		Geen aandeel		10%	20%	30%
Internationale Evacuatie en Crisis Assistance Plus™		Ja	Nee			
Internationale Gezondheid en Welzijn		Ja	Nee			
Internationale Oogheelkunde en Tandheelkunde		Ja	Nee			

De regelingen Ambulante patiënt Internationaal, International Evacuation and Crisis Assistance Plus™, Gezondheid en welzijn Internationaal & Ogen en gebit Internationaal zijn alleen verkrijgbaar in combinatie met de regeling Medische verzekering Internationaal.

Iedere regeling die u kiest, is van toepassing op alle afhankelijke personen.

De keuze van uw regeling kan alleen worden veranderd wanneer de polis wordt verlengd. Als u op dat moment uw dekking wilt uitbreiden, kan het zijn dat volledige medische "underwriting" (verzekering) en wachttijden van toepassing zijn en er een aanvullende premie verschuldigd is.

VERTROUWELIJKE ENQUÊTE OVER UW GEZONDHEID

Nu moet u informatie verstrekken over uw medische geschiedenis en die van iedere persoon die in deel A is genoemd. Als u bij een vraag Ja aankruist, noteer dan alle bijzonderheden in Deel D.

Nadat u dit hebt gedaan, kunnen we uw aanvraag afronden. Het is aan te raden om enige relevante medische documentatie bij de hand te hebben wanneer u dit formulier invult. Afhankelijk van uw medische geschiedenis hebben we misschien meer informatie nodig voordat we uw aanvraag kunnen afronden.

Lees de volgende vragen aandachtig door. Beantwoord alle vragen eerlijk en volledig. Een verkeerde voorstelling van zaken als gevolg van onzorgvuldigheid kan er toe leiden dat Cigna het bedrag van een eventuele claim proportioneel vermindert; is er echter sprake van opzet of achteloosheid, dan kan Cigna claims afwijzen en/of de dekking annuleren. Als u hulp nodig hebt bij het invullen van uw aanvraagformulier, neem dan contact met ons op.

Als u niet zeker weet wat het antwoord op een vraag is, probeer dan de nodige inlichtingen in te winnen om een nauwkeurig antwoord te kunnen geven

Is er een aanvrager behandeld voor of heeft hij testen of onderzoeken ondergaan voor of is hij gediagnosticeerd met of had hij signalen of symptomen van:		VERZEKER- RINGSNEMER		AFHANKELIJKE PERSOON 1		AFHANKELIJKE PERSOON 2		AFHANKELIJKE PERSOON 3		AFHANKELIJKE PERSOON 4	
1	Diabetes (suikerziekte) en andere endocriene (klier)aandoeningen , bijv. een storing van de schildklier, gewichtsproblemen, jicht, aandoeningen van de hypofyse of bijnieren?	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
2	Hartziekten of problemen met de bloedsomloop , bijv. pijn in de borst, hartaanval, hoge bloeddruk, vaatziekten, coronaire hartziekten (kransslagader), angina, onregelmatige hartslag, aneurysma of hartuis.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
3	Kanker, tumoren of gezwellen inclusief poliepen, cysten of knobbeltjes in de borst.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
4	Spier- en skeletaandoeningen , bijv. ruggpijn, whiplash, reuma, pijn of problemen met de gewrichten, jicht, breuken, of problemen met kraakbeen, pezen of ligamenten	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
5	Astma, allergieën, ademhalingsstoornissen , bijv. infecties van de luchtwegen, longontsteking, bronchitis, kortademigheid, rinitis, tuberculose, emfyseem of chronische obstructieve longaandoeningen.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
6	Problemen met de galblaas, maag, darmen of lever , bijv. prikkelbare-darmsyndroom, colitis (ontsteking van de dikke darm), de ziekte van Crohn, peptische zweren (maagzweren), reflux (oprispingen), indigestie, brandend maagzuur, galstenen, hernia, aambeien of hepatitis.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
7	Hersen- of neurologische aandoeningen , bijv. multiple sclerose, epilepsie of toeval, beroerte, migraine, terugkerende of ernstige hoofdpijn, hersenvliesontsteking, gordelroos of zenuwpijn.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
8	Huidziekten , bijv. eczeem, acne, moedervlekken, uitslag, allergische reacties, cysten, dermatitis of psoriasis.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
9	Bloedziekten, infecties of aandoeningen van het immuunsysteem , bijv. hoog cholesterolgehalte, bloedarmoede, malaria, HIV of systemische lupus erythematodes.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
10	Aandoeningen van de urinewegen of geslachtsorganen , bijv. infecties van de urinewegen, nierproblemen, vleesbomen, pijnlijke, onregelmatige of hevige menstruatie, vruchtbaarheidsproblemen, polycysteus-ovariumsyndroom, endometriose, aandoeningen van de teelballen of prostaat	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
11	Angst, depressie, psychiatrische of psychologische problemen waaronder eetstoornissen, posttraumatische stressstoornis, problemen in verband met alcohol of verdovende middelen.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee

Is er een aanvrager behandeld voor of heeft hij testen of onderzoeken ondergaan voor of is hij gediagnosticeerd met of had hij signalen of symptomen van:		VERZEKERINGSNEMER		AFHANKELIJKE PERSOON 1		AFHANKELIJKE PERSOON 2		AFHANKELIJKE PERSOON 3		AFHANKELIJKE PERSOON 4	
12	Oor-, neus-, keel-, oog- of gebitsproblemen, bijv. oorontsteking, problemen met holten (neusholte, voorhoofdsholte etc.), keel- en neusamandelen, cataracten, glaucoom, problemen met de verstandskiezen	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Beantwoord ook de volgende vragen											
13	Heeft iemand van de genoemde personen een ziekte, aandoening of symptomen die nog niet genoemd zijn? Vermeld a.u.b. de bijzonderheden van bekende of vermoede klachten, ongeacht of er om medisch advies is gevraagd of een diagnose is gesteld.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
14	Gebruikt iemand geneesmiddelen, is iemand in behandeling of verwacht iemand een evaluatie of vervolgbehandeling voor een medisch probleem van nu of vroeger dat nog niet is genoemd?	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee

DEEL D

AANVULLENDE INFORMATIE OVER DE GEZONDHEID

Vertel ons meer als u een van de vragen in Deel C met 'Ja' hebt beantwoord. Als u niet zeker weet of bepaalde details van belang zijn, neem ze dan toch op. Als u ruimte tekort komt, kunt u op een apart vel verdergaan.

	Deel C Vraag Nummer	De naam van de ziekte of het medisch probleem. Vermeld waar van toepassing welk lichaamsdeel (bijv. linkerarm, rechtervoet).	Wanneer traden de symptomen voor het eerst op en wanneer voor het laatst?	Welke behandeling werd toegepast? (Verstrek medicijninformatie en de data waarop de behandeling werd gestart en beëindigd.)	Wat is de huidige status van de ziekte of het medisch probleem? (Bijv. duurt voort, genezen, herstel, keert (waarschijnlijk) terug.)
VERZEKE-RINGSNEMER					
AFHANKELIJKE PERSOON 1					
AFHANKELIJKE PERSOON 2					
AFHANKELIJKE PERSOON 3					
AFHANKELIJKE PERSOON 4					

DEEL E

VERKLARING VOOR ALLE KLANTEN

Hierbij verklaar ik dat ik redelijke moeite heb gedaan om alle vragen nauwkeurig, eerlijk en volledig te beantwoorden. Ik erken dat, als ik door mijn onzorgvuldigheid niet alle vragen nauwkeurig of volledig heb beantwoord, dit ertoe kan leiden dat Cigna het bedrag van een eventuele claim proportioneel kan verminderen. Ook erken ik dat als ik opzettelijk of uit achteloosheid onnauwkeurige of onvolledige informatie geef bij mijn antwoorden, Cigna claims kan afwijzen en/of de dekking kan annuleren.

De verplichting om onze vragen nauwkeurig, eerlijk en volledig te beantwoorden, geldt voor ieder persoon die door deze polis wordt gedekt. Hoewel het niet nakomen van deze verplichting door een via deze polis verzekerde persoon gevolgen kan hebben voor de dekking of de betaling van diens claims, zal dit geen gevolgen hebben voor de dekking of betaling van claims met betrekking tot een andere via deze polis verzekerde persoon, tenzij die persoon ook een onzorgvuldige of opzettelijk verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven met betrekking tot onze vragen. Ik verklaar en garandeer dat ik van iedere via deze polis verzekerde persoon toestemming heb gekregen om persoonlijke gegevens aan u bekend te maken, waaronder de vertrouwelijke informatie (bijv. medische informatie) in dit formulier. Ik bevestig dat iedere door deze polis verzekerde persoon zich bewust is van de verplichting om redelijke moeite te doen om uw vragen nauwkeurig, eerlijk en volledig naar hun beste weten te beantwoorden.

(Als u dit verklaart namens een andere persoon, dan moet u een bewijs bewaren van de toestemming die u van de via deze polis verzekerde familieleden hebt gekregen om deze verklaringen te geven.)

Ik stel hierbij Cigna voor om de polis in te laten gaan op de dekkingsdatum of een andere overeengekomen datum. Als blijkt dat opzettelijk of achteloos door mij of een verzekerde persoon enige informatie is verstrekt die onjuist of onnauwkeurig is, kan Cigna de verzekeringsovereenkomstbetreffende mijzelf of de verzekerde persoon ongeldig verklaren en alle claims afwijzen zonder een verplichting betaalde premies te restitueren, behalve in die gevallen waarin het onredelijk zou zijn om de betaalde premies te behouden. Ik heb de polisregels en de Handleiding voor de klant als onderdeel van mijn verzekeringscontract zorgvuldig gelezen en begrepen en ik kom overeen me daaraan te houden.

Handtekening

Datum (DD/MM/JJJJ)

Als u tekent namens de hoofdverzekeringnemer, plaats dan uw handtekening hieronder waar u garandeert en verklaart dat u de bovenstaande verklaring hebt gelezen en u gemachtigd bent om deze overeenkomst aan te gaan

Handtekening

Datum (DD/MM/JJJJ)

Selecteer de relatie met de belangrijkste verzekeringnemer

Makelaar

Agent

Overig (specificeren a.u.b.)

AANVULLENDE VERKLARING VAN TOEPASSING OP POLISSEN UITGEGEVEN DOOR CIGNA HONG KONG LICENSE, CIGNA WORLDWIDE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED

Beoordeling van medische beschermingsbehoeften

De volgende vragen zijn bedoeld om de geschiktheid van het verzekeringsproduct op grond van deze aanvraag te beoordelen op basis van uw behoeften en omstandigheden. De aanvraag kan worden opgeschort of afgewezen in het geval van een discrepantie.

1. Wat is/zijn uw doelstelling(en) voor het kopen van de ziektekostenverzekering? (Selecteer alle die van toepassing zijn)

Voor de kosten van ziekenhuisopname	Voor de financiële behoefte wanneer u lijdt aan een levensbedreigende ziekte
Voor de langdurige zorg en financiële behoeften in geval van permanente totale invaliditeit	Voor de kosten van poliklinische bezoeken en andere medische behoeften (zoals tandheelkundige, oogheelkundige dekking, enz.)

2. Naar welke soort(en) ziektekostenverzekering bent u op zoek? (Selecteer alle die van toepassing zijn)

Schadeloosstelling (dekt de in aanmerking komende onkosten volgens de polis)	Niet-schadeloosstelling (een betaling op basis van een verzekerd bedrag door de polis)
--	--

Ik begrijp dat als een relevante verzekeringsaanvraag wordt beïnvloed of afgewezen vanwege een discrepantie (d.w.z. de aangegeven medische behoeften komen niet overeen met de verzekeringsdoelstelling van de polis die wordt toegepast), Cigna niet aansprakelijk is voor eventuele verliezen die voortvloeien uit de afgewezen aanvraag.

Ik bevestig dat ik akkoord ga met de bovenstaande verklaring

Handtekening hoofdpolishouder

Datum (DD/MM/JJJJ)

BERICHTGEVING INZAKE FRAUDE

Ledereen die, op een oneerlijke manier en met de bedoeling winst voor zichzelf te maken of verlies voor een ander te veroorzaken, of een ander aan een risico op verlies bloot te stellen: (1) een aanvraag indient voor een verzekering of een claim indient als onderdeel van een polis die informatie bevat waarvan ze weten dat deze onwaar of misleidend is; (1) een aanvraag indient voor een verzekering of een claim indient als onderdeel van een polis die informatie bevat waarvan ze weten dat deze onwaar of misleidend is; (2) een offerte aanvraag doet voor een verzekering of een claim als onderdeel van een polis die oneerlijk is en met bedoeling om een winst voor zichzelf te maken of om verlies voor een ander te veroorzaken, kan als fraudeur worden aangemerkt. We zullen alle claims of verzekeringsaanvragen waarvoor we redenen hebben te veronderstellen dat ze frauduleus zijn, onderzoeken. Het plegen van fraude kan resulteren in de beëindiging van uw polis en het niet-uitbetalen van door u gedane claims. We hebben het recht, ten behoeve van het ontdekken en voorkomen van fraude, informatie inzake veronderstelde fraude te delen met andere verzekeringsmaatschappijen en/of rechtshandhavingsautoriteiten.

HOE GEBRUIKEN WE UW GEGEVENS

We verzamelen en gebruiken uw persoonsgegevens, slaan deze op en maken deze bekend, inclusief vertrouwelijke gegevens (in het bijzonder informatie betreffende uw medische geschiedenis en enige medische behandelingen die u wellicht ondergaat of hebt ondergaan), overeenkomstig de relevante wetgeving inzake gegevensbescherming. We verzamelen uw persoonlijke gegevens inclusief vertrouwelijke gegevens en zullen deze gebruiken teneinde onze verplichtingen te kunnen vervullen uit hoofde van deze regeling.

We kunnen uw informatie, inclusief gevoelige informatie, delen met andere bedrijven van Cigna, zorgvuldig geselecteerde derden, met inbegrip van elke makelaar die u aanwijst om namens u te handelen, andere zorgaanbieders van services uit hoofde van dit plan en bevoegde zorgaanbieders, wanneer dit nodig is om onze verplichtingen uit hoofde van dit plan uit te voeren. Deze verklaring is ook van toepassing op persoonlijke gegevens van enige begunstigen die op dit aanvraagformulier zijn vermeld.

U hebt het recht om een kopie van uw persoonsgegevens die wij bewaren op te vragen, en de begunstigen die zijn opgenomen in uw polis hebben het recht een kopie op te vragen van de persoonsgegevens die wij van hen in ons systeem hebben opgeslagen. Het is mogelijk dat wij voor deze informatie kosten in rekening brengen.

Ik aanvaard dat mijn persoonlijke en speciale categorie gegevens door Cigna worden verzameld, gebruikt en geopenbaard voor de vereiste doelen van de verzekeringsovereenkomst die ik heb afgesloten.

SPECIALE AANBIEDINGEN, ACTIES, PRODUCTEN, SERVICES EN ONDERZOEK

Wij houden u graag op de hoogte van onze speciale aanbiedingen, promoties, producten en diensten waarvan we denken dat u erin geïnteresseerd bent. We kunnen ook contact met u opnemen met de bedoeling om een onderzoek uit te voeren.

Kruis a.u.b. dit vakje aan om deze informatie te ontvangen

Indien ja, hoe mogen wij dan contact met u opnemen?	E-mail	Telefoon
Ik geef Cigna, en/of een derde die zorgvuldig door Cigna is geselecteerd, toestemming om contact met mij op te nemen met de bedoeling om een onderzoek uit te voeren	Ja	Nee

DEEL F

BETALINGSGEGEVENS

Deze pagina, met inbegrip van uw kaartgegevens, wordt op een veilige manier verwijderd zodra uw aanvraag is verwerkt en de betalingsgegevens veilig zijn opgeslagen.

BETALINGSGEGEVENS VOOR UW PREMIE

Valuta	<input type="checkbox"/> US Dollar	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Britse pond		
Betalingsfrequentie	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Per kwartaal	<input type="checkbox"/> Jaarlijks		
Betalingsmethode	<input type="checkbox"/> Credit card/ debetkaart	<input type="checkbox"/> Bankoverschrijving (alleen voor jaarlijkse betalingen) <small>(We bellen u na ontvangst van uw aanvraagformulier voor de relevante gegevens)</small>			
Nummer credit/debetkaart					
Soort kaart	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Debit	<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> American Express
Naam zoals op de kaart vermeld					
Begindatum van de kaart (MM/JJ)		Vervaldatum van de kaart (MM/JJ)			
Beveiligingscode (dit is het nummer van 3 cijfers op de achterkant van de meeste kaarten. Voor kaarten van American Express is dit het nummer van 4 cijfers op de voorkant van de kaart en wel aan de rechterzijde)					
Kan u alstublieft bevestigen dat de betaalkaart die van de polishouder is?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Als de kaarthouder niet de polishouder is, vermeld dan alstublieft de relatie met de polishouder	<input type="checkbox"/> Andere begunstigde	<input type="checkbox"/> Werkgever	Bedrijfsnaam		
	<input type="checkbox"/> Echtgenoot/ Partner	<input type="checkbox"/> Andere	Relatie		
	<input type="checkbox"/> Familielid				
Geboortedatum van de kaarthouder (DD/MM/JJJJ)					
Nationaliteit van de kaarthouder					
Is het factuuradres het verblijfsadres dat u heeft opgegeven voor uw polis?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Zo nee, vermeld dan het volledige factuuradres					
Machtiging voor gebruik creditcard: Ik machtig Cigna om de aan mijn credit card/debetkaart gekoppelde rekening te gebruiken voor mijn betaling van de premie voor mijn ziektekostenverzekering (die mij zal worden meegedeeld bij aanvaarding van de aanvraag of verlenging van de polis). Dit zal zo blijven totdat de instructie wordt geannuleerd en ik Cigna schriftelijk daarvan op de hoogte stel overeenkomstig de documentatie bij mijn Polisregels.					
Handtekening van de kaarteigenaar					
Datum (DD/MM/JJJJ)					

Neem na het invullen van de offerte aanvraag contact op met ons verkoopteam voor makelaars voor ondersteuning.

E-mailadres: cgi.sales@cigna.com

Telefoonnummer: +44 (0) 1475 788 682
Gratis telefoonnummer vanuit de VS: 1-877-539-6296

Together, all the way.SM



Voor polissen die zijn via ons kantoor in Dubai International Finance Centre zijn afgesloten, onder verzekeringsvergunning Cigna Global Insurance Company Limited, is de underwriting agent Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, die wordt gereguleerd door de Dubai Financial Services Authority.

"Cigna" en het logo "Tree of Life" zijn geregistreerde dienstmerken van Cigna Intellectual Property, Inc., in licentie gegeven voor gebruik door Cigna Corporation en haar dochterondernemingen. Alle producten en diensten worden geleverd door of via dergelijke dochterondernemingen en niet door Cigna Corporation. Dergelijke dochterondernemingen zijn Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. en Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2021 Cigna.