



FORMULARIO DE SOLICITUD CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS

¡Hola! Nos alegra que se una a nosotros



Cumplimente este formulario de solicitud y remítanoslo. Nuestra información de contacto se encuentra al final del formulario. Cumplimente el formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

Para satisfacer ciertos requisitos normativos, debe indicar a continuación, en la Sección A, si usted o cualquier otra persona que recibe cobertura bajo la póliza es una Persona Expuesta Políticamente. Para mayor claridad, puede definirse como una PEP si usted, un miembro de su familia o un asociado cercano desempeña una función pública prominente, incluyendo, pero sin limitarse a, un político, un empleado gubernamental de alto nivel, un funcionario judicial o militar, un embajador o un ejecutivo de alto nivel de una empresa estatal o internacional. Este requisito solo es aplicable si su póliza se gestiona a través de nuestra Dubai International Financial Centre office.

SECCIÓN A

DATOS DEL SOLICITANTE

En esta sección debe incluir la información de todas las personas a las que cubrirá la póliza, incluido el titular de la misma y cualquier dependiente.

SU PLAN

¿Qué plan desea solicitar?	Silver	Gold	Platinum
¿Cuándo desea que comience la cobertura? (DD/MM/AAAA)			
Esta póliza es un contrato anual renovable con un período de cobertura mínimo de tres (3) meses.			

TITULAR DE LA PÓLIZA

Debe informarnos sobre cualquier cambio en sus datos de contacto para que podamos garantizar que recibe la correspondencia que le enviamos.

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)	Sí	No	
Profesión			
¿Está actualmente en los EE. UU.?	Sí	No	
En caso afirmativo, identifique el estado:	En caso negativo, proceda a la pregunta sobre nacionalidad		
Indique su dirección de EE. UU. a continuación si se encuentra actualmente en uno de los siguientes estados: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA. Si no se encuentra en uno de estos estados, proceda a la pregunta sobre nacionalidad.			
Dirección (dirección donde desea que se entregue cualquier correspondencia postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Nacionalidad (¿cuál es la nacionalidad que figura en su pasaporte y que utilizará para registrar esta póliza?)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
Dirección en el país de ubicación (si se conoce)			
Dirección línea 1			
Dirección línea 2			
Dirección línea 3			
País	Código postal		
Dirección de correspondencia (si el solicitante es un ciudadano de EE. UU., la dirección debe ser de fuera de los Estados Unidos).			
Dirección línea 1			
Dirección línea 2			
Dirección línea 3			
País	Código postal		
Número de teléfono durante el día (Código de país – Número)			
Número de teléfono móvil (Código de país – Número)			
Fax (Código de país – Número)			
Dirección de correo electrónico			
Altura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día	20 o más al día

DEPENDIENTE 1

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos				
Relación con el titular de la póliza			Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer		
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)				Sí	No		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			Occupation				
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)							
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)							
Dirección de correo electrónico							
Altura: Pies		Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones		Libras	Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?				Sí	No		
En caso afirmativo, ¿cuántos al día?			Menos de 20 al día		20 o más al día		

DEPENDIENTE 2

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos				
Relación con el titular de la póliza			Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer		
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)				Sí	No		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			Occupation				
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)							
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)							
Dirección de correo electrónico							
Altura: Pies		Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones		Libras	Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?				Sí	No		
En caso afirmativo, ¿cuántos al día?			Menos de 20 al día		20 o más al día		

DEPENDIENTE 3

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos				
Relación con el titular de la póliza			Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer		
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)				Sí	No		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			Occupation				
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)							
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)							
Dirección de correo electrónico							
Altura: Pies		Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones		Libras	Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?				Sí	No		
En caso afirmativo, ¿cuántos al día?			Menos de 20 al día		20 o más al día		

DEPENDIENTE 4

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos				
Relación con el titular de la póliza			Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer		
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)				Sí	No		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			Occupation				
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)							
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)							
Dirección de correo electrónico							
Altura: Pies		Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones		Libras	Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?				Sí	No		
En caso afirmativo, ¿cuántos al día?			Menos de 20 al día		20 o más al día		

SECCIÓN B

DATOS DEL SOLICITANTE

¿Para qué lugar desea la cobertura?	Todo el mundo	Todo el mundo excepto EE UU
-------------------------------------	---------------	-----------------------------

SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN Y PACIENTE DE DÍA

Elija el deducible:	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 £
A continuación, seleccione el porcentaje de coste compartido:	Sin coste compartido		10%	20%	30%		
Elija el desembolso máximo por cuenta propia: (Esta es la cantidad máxima de coste compartido del plan Seguro médico internacional que deberá abonar en caso de producirse una reclamación o reclamaciones por periodo de cobertura)						2.000 \$	5.000 \$
						1.480 €	3.700 €
						1.330 £	3.325 £

Puede encontrar más información sobre cómo funcionan los deducibles y los costos compartidos en la página 43 de la guía del cliente.

BENEFICIOS OPCIONALES

¿Desea mejorar su plan añadiendo alguna de las opciones siguientes?

Paciente en régimen ambulatorio internacional		Deducible				
Sí	No	0 \$	150 \$	500 \$	1.000 \$	1.500 \$
		0 €	110 €	370 €	700 €	1.100 €
		0 £	100 £	335 £	600 £	1.000 £
Según nuestras definiciones en su documento de Reglas de póliza, Paciente hospitalizado significa un paciente que ingresa en un hospital y que ocupa una cama durante la noche o más, por razones médicas. Paciente ambulatorio significa un paciente que es admitido en un hospital o unidad de pacientes ambulatorios u otro centro médico para recibir tratamiento o porque necesita un período de recuperación supervisada por un médico, pero que no ocupa una cama durante la noche. Esto también incluye los procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio de un médico. Paciente ambulatorio significa un paciente que asiste a un hospital, consultorio o clínica ambulatoria para recibir tratamiento pero que no es admitido como paciente ambulatorio o hospitalizado y no ocupa una cama.		Coste compartido tras deducible (se aplica un desembolso máximo por cuenta propia de 3000 \$/2200 €/2000 £ al coste compartido para el paciente en régimen ambulatorio internacional)				
		Sin coste compartido	10%	20%	30%	
Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus™		Sí	No			
Salud y bienestar internacional		Sí	No			
Visión y dental internacional		Sí	No			

Tenga en cuenta que los planes Paciente en régimen ambulatorio internacional, Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus™, Salud y bienestar internacional y Visión y dental internacional solo pueden adquirirse conjuntamente con el plan Seguro médico internacional.

Tenga en cuenta que cada plan que elija será el mismo para todos los dependientes.

La selección del plan solo podrá modificarse cuando renueve la póliza. Si desea aumentar el nivel de cobertura en la renovación, puede quedar sujeto a una evaluación médica completa y a periodos de espera, y deberá abonar una prima adicional.

SECCIÓN C

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE SALUD

Cuéntenos sobre su historial médico pasado y presente y el de cada persona nombrada en la Sección A. Si marca Sí a una pregunta, proporcione todos los detalles en la Sección D.

Una vez enviada su solicitud, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener más información antes de que podamos finalizar su cobertura.

Una tergiversación descuidada o deliberada podría dar lugar a que Cigna Healthcare rechace reclamaciones y/o cancele la cobertura. Si necesita ayuda para completar su solicitud, contáctenos.

Si no está seguro de la respuesta a alguna pregunta, debe realizar las consultas necesarias para poder brindar una respuesta precisa.

Tenga en cuenta que si ha revelado alguna información médica en una llamada o correspondencia anterior, se le pedirá que revele esta información nuevamente al responder el siguiente cuestionario médico.

	¿Alguno de los solicitantes ha recibido tratamiento, se ha sometido a pruebas o estudios o se le ha diagnosticado o ha tenido alguno de los síntomas detallados a continuación?	TITULAR DE LA PÓLIZA		DEPENDIENTE 1		DEPENDIENTE 2		DEPENDIENTE 3		DEPENDIENTE 4	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
I	Diabetes y otros trastornos endocrinos (glandulares) , por ej., trastornos de tiroides, problemas de peso, gota, enfermedades relacionadas con la glándula pituitaria o glándula suprarrenal.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2	Enfermedades cardíacas o trastornos circulatorios , por ej., dolor torácico, infarto de miocardio, hipertensión arterial, angiopatía, arteriopatía coronaria, angina de pecho, arritmia, aneurisma o soplo cardíaco.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3	Cáncer, tumores o neoplasia incluidos pólipos, quistes o bultos en las mamas.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4	Problemas musculares u óseos , por ej., lumbalgia o ciática, esguince cervical, artritis, artralgia o problemas en las articulaciones, gota, fracturas, problemas con cartílagos, tendones o ligamentos.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5	Asma, alergias, trastornos respiratorios , por ej., infecciones respiratorias, neumonía, bronquitis, disnea, rinitis, tuberculosis, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
6	Problemas en la vesícula biliar, estómago, intestinos, problemas gástricos o de hígado , por ej., síndrome del intestino irritable, colitis, enfermedad de Crohn, úlcera gástrica o péptica, reflujo, indigestión, ardor de estómago, cálculos biliares, hernia, hemorroides o hepatitis.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7	Trastornos cerebrales o neurológicos , por ej., esclerosis múltiple, epilepsia o convulsiones, ictus, migrañas, dolores de cabeza recurrentes o intensos, meningitis, zóster o dolor neurálgico.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8	Problemas cutáneos , por ej., eccema, acné, lunares, sarpullidos, reacciones alérgicas, quistes, dermatitis o psoriasis.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	Trastorno sanguíneo, infeccioso o inmunológico , por ej., colesterol elevado, anemia, malaria, VIH o lupus eritematoso disseminado.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10	Trastorno urinario o genital , por ej., infecciones del tracto urinario, problemas renales, mioma uterino, dismenorrea, periodos irregulares, hipermenorrea, problemas de fertilidad, síndrome de ovarios poliquísticos, endometriosis, problemas de próstata o testículos.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
II	Ansiedad, depresión, problemas psiquiátricos o de salud mental , incluidos trastornos alimentarios, trastorno por estrés posttraumático, problemas con las drogas o el alcohol.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
12	Problemas de otorrinolaringología, oculares o dentales , por ej., infecciones de oído, problemas sinusales, de amígdalas y vegetaciones, cataratas, glaucoma, problemas con las muelas del juicio.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Responda también a las siguientes preguntas:

13	¿Tiene alguien alguna enfermedad, afección o síntoma que no se haya mencionado? Incluya información sobre cualquier problema conocido o presunto para el que se haya solicitado o no atención médica o se haya obtenido un diagnóstico.	Sí	No								
	¿Toma alguien algún tipo de medicación, recibe tratamiento de algún tipo o debe realizar una revisión o seguimiento de algún problema médico actual o anterior que no se haya mencionado anteriormente?	Sí	No								

SECCIÓN D

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SALUD

Si ha contestado de manera afirmativa a alguna de las preguntas de la Sección C, debe darnos más información. Si no está seguro sobre la relevancia de la información, deberá incluirla igualmente. Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte.

	N.º de preguntade la Sección C	El nombre de la enfermedad o problema médico. Si procede, indique a qué parte delcuerpo afecta (por ej., brazoizquierdo, pie derecho).	¿Cuándo tuvieron lugar los síntomas y cuándo los tuvo por última vez?	¿Qué tratamiento se administró? (Incluya datos de la medicación y las fechas en las que comenzó y finalizó el tratamiento).	¿Cuál es el estado actual de la enfermedad o problema médico? (Por ej., continúa, ha finalizado, en recuperación, recurrente o con posibilidad de recurrencia).
TITULAR DE LA PÓLIZA					
DEPENDIENTE 1					
DEPENDIENTE 2					
DEPENDIENTE 3					
DEPENDIENTE 4					

SECCIÓN E

DECLARACIÓN PARA TODOS LOS CLIENTES

Por la presente declaro que los datos que se consignan en este formulario son veraces y se corresponden con la realidad. Reconozco que si no contesto todas las preguntas de manera precisa y completa como resultado de mi descuido o como resultado de una tergiversación deliberada o imprudente, Cigna Healthcare puede rechazar reclamaciones y/o cancelar la cobertura según los términos y condiciones de esta póliza.

Todas las personas cubiertas por esta póliza están obligadas a responder a nuestras preguntas de una forma fiel, sincera y completa. Si determinamos con motivos razonables que usted, o cualquier persona cubierta, nos ha facilitado información falsa o engañosa de forma deliberada o imprudente, esto podría afectar negativamente a esta póliza y podríamos tratarla como si nunca hubiera existido, modificar las condiciones de su seguro o rescindir su póliza. Manifiesto y garantizo que cuento con la autorización de todas las personas cubiertas para darles a conocer a ustedes su información personal, incluidos los datos personales de carácter confidencial (por ejemplo, información médica) contenidos en este formulario. Confirmando que todas las personas cubiertas por la póliza están informadas de su obligación a la hora de responder las preguntas de una forma fiel, sincera y completa y a su entender.

(Tenga en cuenta que si realiza la declaración anterior en nombre de otra persona, está obligado a guardar las pruebas del consentimiento que le han dado los miembros de su familia asegurados para realizar dichas declaraciones).

Por la presente doy indicaciones a Cigna para que la cobertura comience en la fecha de la cobertura o en cualquier otra fecha acordada. En el caso de que se compruebe que yo personalmente, deliberadamente o por imprudencia, o cualquier persona con cobertura, haya proporcionado información falsa o inexacta, Cigna puede anular el contrato de seguro relacionado conmigo o con la persona con cobertura y rechazar todas las reclamaciones sin la necesidad de devolver las primas pagadas, excepto en los casos en que sería injusto que se retuvieran las primas. He leído y comprendido en su totalidad las reglas de la póliza y la guía del cliente y acepto atenerme a las mismas ya que forman parte de mi contrato de seguro.

Firma				
Fecha (DD/MM/AAAA)				
Si está firmando en nombre del titular de la póliza principal, firme a continuación donde nos garantiza y confirma que ha leído la declaración anterior y tiene autoridad para realizar esta solicitud:				
Firma				
Fecha (DD/MM/AAAA)				
Seleccione su relación con el titular de la póliza principal	Corredor		Agente	
	Otro (especifique)			

DECLARACIÓN ADICIONAL APLICABLE A LAS PÓLIZAS SUSCRITAS POR CIGNA HONG KONG LICENSE, CIGNA WORLDWIDE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED

Evaluación de necesidades de protección médica

Las siguientes preguntas son para evaluar la idoneidad del producto de seguro en virtud de esta solicitud en función de sus necesidades y circunstancias. La solicitud puede suspenderse o rechazarse en caso de discordancia de la idoneidad.

1. ¿Cuál es/son sus objetivo(s) a la hora de adquirir la póliza de seguro médico? (Seleccionar todos los pertinentes)			
Para los gastos de hospitalización		Para las necesidades financieras cuando se sufre una enfermedad crítica	
Para el cuidado a largo plazo y las necesidades financieras en caso de discapacidad total permanente		Para los gastos de visitas ambulatorias y otras necesidades médicas (como odontología, servicios oftalmológicos, etc.)	
2. ¿Qué tipo(s) de seguro médico está buscando? (Seleccionar todos los pertinentes)			
Indemnización (pago de los gastos asegurados indicados en la póliza)		No indemnización (un pago basado en un importe asegurado global en la póliza)	
Entiendo que, si la solicitud de seguro pertinente se ve afectada o rechazada debido a una discordancia de la idoneidad (es decir, las necesidades médicas declaradas no coinciden con el objetivo de seguro del plan que se está solicitando), Cigna no será responsable de ninguna pérdida derivada de la solicitud rechazada.			
Confirmando y acepto la declaración precedente			
Firma del tomador principal del seguro			
Fecha (DD/MM/AAAA)			

NOTIFICACIÓN SOBRE FRAUDE

Cualquier persona que, de forma deshonesta y con intención de obtener ganancias para sí misma o causar pérdidas para otra persona, o de exponer a otra persona a un riesgo de pérdida: (1) realiza una solicitud de seguro o realiza una solicitud de reembolso en virtud de una póliza que contenga cualquier información que sepa que es falsa o engañosa; (2) en la realización de una solicitud de seguro o una solicitud de reembolso en virtud de una póliza de forma deshonesto y con intención de obtener ganancias para sí misma o causar pérdidas para otra.

Investigaremos todas las solicitudes o reclamaciones de seguro que consideremos que pueden ser fraudulentas. Cometer fraude supondrá la resolución de su póliza y el impago de cualquier reclamación solicitada a través de ella. Con el objetivo de detectar y prevenir fraudes, compartiremos la información relativa a posibles fraudes con otras compañías de seguros o con las autoridades policiales.

CÓMO UTILIZAREMOS LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE

Recopilaremos, utilizaremos, almacenaremos y divulgaremos su información personal, incluida la información confidencial (en particular, la información relativa a su historial médico y cualquier tratamiento médico que reciba o haya podido recibir), conforme a la legislación vigente sobre protección de datos. Recopilaremos y utilizaremos su información personal, incluida la información confidencial, para poder cumplir con las obligaciones de este plan.

Podemos compartir su información, incluida información confidencial, con otras empresas de Cigna, terceros cuidadosamente seleccionados, incluido cualquier corredor que usted designe para actuar en su nombre, otros proveedores de servicios de este plan y proveedores de servicios sanitarios autorizados cuando sea necesario para cumplir nuestras obligaciones en virtud de este plan. Esta declaración se aplica también a la información personal de cualquier beneficiario que figure en este formulario de solicitud.

Tiene derecho a solicitar una copia de la información personal que guardamos sobre usted, y los beneficiarios de la póliza tienen derecho a solicitar una copia de la información personal que guardamos sobre ellos. Podemos cobrar una tarifa por proporcionar esta información.

Acepto la recolección, uso y divulgación de mis datos personales y de categoría especial por parte de Cigna para los fines requeridos por el contrato de seguros que he firmado.

OFERTAS ESPECIALES, PROMOCIONES, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Nos gustaría permanecer en contacto con usted para mantenerlo informado sobre nuestras ofertas especiales, promociones, productos y servicios, que creemos que pueden ser de su interés. También podemos ponernos en contacto con usted para realizar investigaciones.

Marque la casilla si desea recibir esta información.

De ser así, ¿cómo desea que (nos) contactemos con usted?

Doy mi consentimiento para ser contactado por Cigna y/o un tercero que haya sido seleccionado cuidadosamente por Cigna para la realización de investigaciones.

Correo electrónico

Teléfono

Sí

No

SECCIÓN F

INFORMACIÓN DE PAGO

Esta página, incluidos los datos de su tarjeta, se eliminará de forma segura una vez que su solicitud haya sido procesada y la información de pago se haya guardado de forma segura.

INFORMACIÓN DE PAGO PARA SU PRIMA

Divisa para el pago	USD	EUR	GBP
Frecuencia de pago	Mensual	Trimestral	Anual
Modo de pago	Tarjeta de crédito/débito	Transferencia bancaria (solo para pagos anuales) (Le llamaremos cuando recibamos su solicitud para ofrecerle los datos relevantes)	
Número de la tarjeta de crédito/débito			

Tipo de tarjeta	MasterCard	Visa	Visa Debit	Visa Electron	American Express
Su nombre tal y como aparece en la tarjeta					
Válida desde (MM/AA)		Válida hasta (MM/AA)			
Código de seguridad (El número de 3 dígitos que se muestra en el dorso de la mayoría de tarjetas. En las tarjetas American Express, es el número de 4 dígitos que se encuentra en la parte derecha del anverso de la tarjeta).					

Por favor confirme que la tarjeta utilizada para el pago sea propiedad del tenedor de la póliza	Sí	No
---	----	----

Si el titular de la tarjeta no es el tenedor de la póliza, por favor mencione su relación con el tenedor de la póliza	Otro beneficiario	Empleador	Nombre de empresa
	Esposa/compañero	Otro	Relación
	Miembro de la familia		

Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta (DD/MM/AAAA)	
--	--

Nacionalidad del titular de la tarjeta	
--	--

La dirección de facturación de la tarjeta es la misma que la dirección en la póliza de seguro?	Sí	No
--	----	----

En caso negativo, indique la dirección de facturación completa	
--	--

Autorización de la tarjeta de crédito: Autorizo a Cigna a debitar el pago de mi prima de salud en la cuenta de mi tarjeta de crédito/débito (lo cual se me notificará cuando se acepte la cobertura/renovación). Esta autorización permanecerá vigente hasta que se cancele y avisaré por escrito a Cigna conforme a la documentación de las reglas de la póliza.

Firma del titular de la tarjeta	
---------------------------------	--

Fecha (DD/MM/AAAA)	
--------------------	--

Una vez completada la solicitud, póngase en contacto con nuestro equipo de ventas para corredores para obtener apoyo.

Email: cgi.sales@cigna.com

Teléfono: +44 (0) 1475 788 682

Número gratuito desde EE. UU.: 1-877-539-6296



Por pólizas contratadas a través de nuestra Dubai International Finance Centre office, bajo la licencia de seguros Cigna Global Insurance Company Limited, el agente de suscripción es Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, que está regulado por la Dubai Financial Services Authority. Los logotipos de Cigna Healthcare son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por Cigna Corporation. En dichas subsidiarias operativas se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare.