

**FORMULARIO DE SOLICITUD –
CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS**

HOLA

Nos alegra que se una a nosotros.

Together, all the way.SM



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. Una Persona Expuesta Políticamente es una persona que ostenta o ha tenido anteriormente una posición prominente en una función pública, como un miembro de cualquier familia real, un jefe de estado, un funcionario judicial, un político, un oficial militar, etc. Este requisito solo es aplicable si usted ha de recibir cobertura bajo la licencia de seguro de **Cigna Global Insurance Company Limited (CGIC)**.

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
----------------------------	--------	------	----------

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

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)

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 <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

DEPENDIENTE 2

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

DEPENDIENTE 3

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

DEPENDIENTE 4

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (véanse las notas explicativas más arriba)			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

SECCIÓN B

DATOS DEL SOLICITANTE

¿Para qué lugar desea la cobertura?	Todo el mundo	Todo el mundo excepto EE UU
¿Cuándo desea que comience la cobertura? (DD/MM/AAAA)		

PLAN PRINCIPAL DE SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL

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 £

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 £
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

Ahora deberá ofrecer información sobre su historial médico y el de cada persona que figure en la Sección A. Si marca una pregunta con “sí”, añada más detalles en la Sección D.

La solicitud se completará cuando haya rellenado esta parte. Le recomendamos que tenga a mano la documentación médica relevante cuando rellene el formulario. Es posible que, en función de su historial médico, necesitemos más información antes de poder dar por finalizada la cobertura.

Lea las siguientes preguntas con atención. Conteste a las preguntas con sinceridad y de forma completa. Una declaración falsa por descuido puede hacer que Cigna reduzca proporcionalmente la cantidad de cualquier reclamación ; una declaración falsa intencional o imprudente puede hacer que Cigna rechace las reclamaciones o que anule la cobertura. Si necesita ayuda para cumplimentar la solicitud, póngase en contacto con nosotros.

Si no está seguro sobre qué responder a alguna de las preguntas, deberá informarse para poder asegurar que ofrece una respuesta exacta.

	¿Ha mostrado cualquier solicitante signos o síntomas de lo siguiente?, ¿ha sido este sometido a las pruebas de detección o la evaluación pertinentes?, ¿le ha sido diagnosticada a este cualquiera de lo siguiente? o ¿ha recibido este el tratamiento correspondiente a ello?	TITULAR DE LA PÓLIZA		DEPENDIENTE 1		DEPENDIENTE 2		DEPENDIENTE 3		DEPENDIENTE 4	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	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 diseminado.	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
11	Ansiedad, depresión, problemas psiquiátricos o de salud mental , incluidos trastornos alimentarios, trastorno por estrés postraumático, 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	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14	¿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	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	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 del cuerpo afecta (por ej., brazo izquierdo, 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 he adoptado todas las medidas razonables para responder a todas las preguntas de forma exacta, sincera y completa. Soy consciente de que si no respondo a todas las preguntas de forma exacta y completa por cualquier descuido, Cigna podría reducir la cantidad de cualquier reclamación proporcionalmente. También declaro que si ofrezco información inexacta o incompleta de forma deliberada o imprudente al contestar a las preguntas, Cigna podría rechazar las reclamaciones o anular la cobertura.

El deber de contestar a nuestras preguntas de forma exacta, sincera y completa es exigible para cada una de las personas para las que la póliza ofrezca cobertura. Aunque el incumplimiento de este deber por parte de una de las personas con cobertura puede afectar a la cobertura o pago de las reclamaciones, no afectará a la cobertura o pago de las reclamaciones de otra persona con cobertura, a menos que dicha persona haya hecho una declaración falsa por descuido, de manera deliberada o imprudente al contestar a las preguntas. Declaro y garantizo que tengo el consentimiento de cada una de las personas con cobertura para revelar la información personal, incluida la información personal confidencial (por ej., información médica) que figura en este formulario. Confirmando que cada persona con cobertura conoce sus obligaciones a la hora de responder a las preguntas de la manera más exacta, sincera y completa posible 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 LOS CIUDADANOS DE HONG KONG QUE VIVAN EN SU PAÍS DE ORIGEN

Si usted es un cliente con nacionalidad de Hong Kong y es residente y vive en Hong Kong bajo esta póliza de seguro, entonces, con arreglo a su legislación y reglamentos locales, usted podría tener derecho a que se le realice un Análisis de Necesidades respecto a sus necesidades particulares de seguro y/o a rellenar un formulario de Protección al Consumidor.

Confirmando y estoy de acuerdo con la declaración anterior.

Firma del titular principal de la póliza				
Fecha (DD/MM/AAAA)				
Si vous signez au nom de l'assuré principal ou pour son compte, veuillez signer ci-dessous pour garantir et déclarer que vous avez lu la déclaration ci-dessus et avez toute autorité pour déposer cette demande				
Firmar				
Fecha (DD/MM/AAAA)				
Seleccione su relación con el titular de la póliza principal	Corredor		Agente	
	Otro (especifique)			

NOTIFICACIÓN SOBRE FRAUDE

Cualquier persona que, de forma deshonesto 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 guardemos 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	<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> GBP		
Frecuencia de pago	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual		
Modo de pago	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito/débito	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Debit	<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Otro beneficiario		<input type="checkbox"/> Empleador		
	<input type="checkbox"/> Esposa/ compañero	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Otro		
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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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

Together, all the way.SM



Para los seguros provistos por Cigna Global Insurance Company Limited, el agente suscriptor es Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, que está regulado por la Dubai Financial Services Authority.

Los logotipos de "Cigna" y el "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de Cigna Corporation 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. © 2021 Cigna.