

CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS

CERERE DE ASIGURARE

APPLICATION FORM

HELLO

**Ne bucurăm că dorești să ni te alături.
*We're glad you would like to join us.***



Together, all the way.SM



Vă rugăm să completați acest formular și să ni-l trimiteți. Consultați informațiile noastre de contact se găsesc la sfârșitul acestui formular. Vă rugăm să completați acest formular în MAJUSCULE.

Pentru a satisface anumite cerințe de reglementare, trebuie să indicați în secțiunea A de mai jos dacă dvs. sau orice altă persoană care beneficiază de acoperire în cadrul poliței este o Persoană Expusă Politic (PEP). O Persoană Expusă din punct de vedere Politic este o persoană care deține sau a ocupat anterior o funcție proeminentă într-o funcție publică, cum ar fi un membru al oricărei familii regale, șef de stat, funcționar judiciar, politician, ofițer militar etc. Această cerință este aplicată numai dacă asigurarea este încheiată sub autorizația deținută de Cigna Global Insurance Company Limited (CGIC).

SECȚIUNEA A

DETAIIILE SOLICITĂRII - APPLICATION DETAILS

Vă rugăm să completați această secțiune pentru toate persoanele incluse în polița, inclusiv titularul principal și orice persoană dependentă.

PLANUL DE ASIGURARE - YOUR PLAN

Care este planul de asigurare solicitat?	Silver	Gold	Platinum
--	--------	------	----------

ASIGURATUL PRINCIPAL - POLICYHOLDER

Trebuie să ne anunțați orice schimbare a datelor de contact, astfel încât să ne putem asigura că va ajunge corespondența.

Titlu	Prenume	Inițiale	Nume de Familie
Gen (bifați)	Bărbat	Femeie	Data nașterii (ZZ/LL/AAAA)
Sunteți o Persoană Expusă Politic? (a se vedea notele explicative de mai sus)	Da	Nu	Ocupația
Sunteți în prezent în SUA?	Da	Nu	
	Dacă da, precizați statul:		Dacă nu, treceți la întrebarea privind naționalitatea

Vă rugăm să furnizați adresa SUA mai jos dacă vă aflați în prezent în unul dintre următoarele state: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA.

Dacă nu se află într-unul din statele de mai sus, vă rugăm să treceți la întrebarea privind naționalitatea

Adresa în SUA							
City	State						
Zip/PostalCode							
Naționalitatea (Care este naționalitatea trecută în pașaportul principal pe care îl dețineți?)							
Localizarea (Țara în care locuiți / veți trăi majoritatea timpului pentru perioada de acoperire)							
Adresa în țara de localizare (dacă e cunoscută)							
Adresa linia 1							
Adresa linia 2							
Adresa linia 3							
Țara	Zip/Cod Poștal						
Adresa de corespondență (Dacă solicitantul este cetățean american, adresa trebuie să fie în afara Statelor Unite)							
Adresa linia 1							
Adresa linia 2							
Adresa linia 3							
Țara	Zip/Cod Poștal						
Nr. de telefon în timpul zilei (Cod de țară – Număr)	Nr. de telefon mobil (Cod de țară – Număr)	Fax (Cod de țară – Număr)					
Email							
Înălțime:	Ft.	In.	Centimetri	Greutate:	Stones	Pounds	Kilograme
Ați fumat sau ați folosit produse de tutun sau de înlocuire a nicotinei în ultimele 12 luni?	Da	Nu					
Dacă Da , câte pe zi?	Sub 20 pe zi	Peste 20 pe zi					

DEPENDENT 1

Titlu		Prenume		Inițiale		Nume de Familie			
Relația cu asiguratul principal				Genul (bifați)		Bărbat	Femeie		
Sunteți o Persoană Expusă Politic? (a se vedea notele explicative de mai sus)						Da	No		
Data nașterii (ZZ/LL/AAAA)			Ocupația						
Naționalitatea (Care este naționalitatea trecută în pașaportul principal pe care îl dețineți?)									
Localizarea (Țara în care locuiți / veți trăi majoritatea timpului pentru perioada de acoperire)									
Înălțime:	Ft.		In.		Centimetri	Greutate:	Stones	Pounds	Kilograme
Ați fumat sau ați folosit produse de tutun sau de înlocuire a nicotinei în ultimele						12 months?		Da	No
Dacă Da , câte pe zi?		Sub 20 pe zi			Peste 20 pe zi				

DEPENDENT 2

Titlu		Prenume		Inițiale		Nume de Familie			
Relația cu asiguratul principal				Genul (bifați)		Bărbat	Femeie		
Sunteți o Persoană Expusă Politic? (a se vedea notele explicative de mai sus)						Da	No		
Data nașterii (ZZ/LL/AAAA)			Ocupația						
Naționalitatea (Care este naționalitatea trecută în pașaportul principal pe care îl dețineți?)									
Localizarea (Țara în care locuiți / veți trăi majoritatea timpului pentru perioada de acoperire)									
Înălțime:	Ft.		In.		Centimetri	Greutate:	Stones	Pounds	Kilograme
Ați fumat sau ați folosit produse de tutun sau de înlocuire a nicotinei în ultimele						12 months?		Da	No
Dacă Da , câte pe zi?		Sub 20 pe zi			Peste 20 pe zi				

DEPENDENT 3

Titlu		Prenume		Inițiale		Nume de Familie			
Relația cu asiguratul principal				Genul (bifați)		Bărbat	Femeie		
Sunteți o Persoană Expusă Politic? (a se vedea notele explicative de mai sus)						Da	No		
Data nașterii (ZZ/LL/AAAA)			Ocupația						
Naționalitatea (Care este naționalitatea trecută în pașaportul principal pe care îl dețineți?)									
Localizarea (Țara în care locuiți / veți trăi majoritatea timpului pentru perioada de acoperire)									
Înălțime:	Ft.		In.		Centimetri	Greutate:	Stones	Pounds	Kilograme
Ați fumat sau ați folosit produse de tutun sau de înlocuire a nicotinei în ultimele						12 months?		Da	No
Dacă Da , câte pe zi?		Sub 20 pe zi			Peste 20 pe zi				

DEPENDENT 4

Titlu		Prenume		Inițiale		Nume de Familie			
Relația cu asiguratul principal				Genul (bifați)		Bărbat	Femeie		
Sunteți o Persoană Expusă Politic? (a se vedea notele explicative de mai sus)						Da	No		
Data nașterii (ZZ/LL/AAAA)			Ocupația						
Naționalitatea (Care este naționalitatea trecută în pașaportul principal pe care îl dețineți?)									
Localizarea (Țara în care locuiți / veți trăi majoritatea timpului pentru perioada de acoperire)									
Înălțime:	Ft.		In.		Centimetri	Greutate:	Stones	Pounds	Kilograme
Ați fumat sau ați folosit produse de tutun sau de înlocuire a nicotinei în ultimele						12 months?		Da	No
Dacă Da , câte pe zi?		Sub 20 pe zi			Peste 20 pe zi				

SECȚIUNEA B

DETALII ALE ASIGURĂRII - APPLICANT DETAILS										
Zona de acoperire?			Worldwide (Pe tot globul)				Worldwide excluding USA			
							Global cu excepția SUA			
Când doriți să înceapă acoperirea? (ZZ/LL/AAAA)										
INTERNATIONAL MEDICAL INSURANCE PLAN – PLANUL DE BAZĂ – SPITALIZARE ȘI CANCER										
Alegeți franșiza		\$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		
Apoi, alegeți coplata procentuală			Fără coplată			10%	20%	30%		
Alegeți suma maximă pt. coplata procentuală (Aceasta este suma maximă pe care trebuie să o plătiți ca și coplată procentuală în cazul decontărilor în cadrul planului de bază pe durata anului de asigurare)							\$2,000	\$5,000		
							€1,480	€3,700		
							£1,330	£3,325		
OPTIONAL BENEFITS – PLANURI OPȚIONALE										
Doriți să completați planul de bază cu oricare dintre următoarele opțiuni?										
International Outpatient – Ambulatoriu				Franșiza						
Da		Nu		\$0	\$150	\$500	\$1,000	\$1,500		
				€0	€110	€370	€700	€1,100		
				£0	£100	£335	£600	£1,000		
Coplata procentuală (puteți alege un maximum de \$3,000 / €2,200 / £2,000 pentru coplata procentuală la planul optional International Outpatient)										
			Fără coplată procentuală			10%	20%	30%		
International Evacuation and Crisis Assistance Plus™ - Evacuare Medicală				Da		Nu				
International Health and Wellbeing – Prevenție Medicală				Da		Nu				
International Vision and Dental – Stomatologie și Optică				Da		Nu				
Vă rugăm să rețineți că planurile opționale: International Outpatient, International Evacuation and Crisis Assistance Plus™, International Health and Wellbeing and International Vision and Dental pot fi achiziționate numai împreună cu planul de bază, International Medical Insurance plan.										
Vă rugăm să rețineți că fiecare plan ales se va aplica tuturor persoanelor dependente.										
Structura planurilor selectate poate fi modificată numai la reînnoirea poliței. Dacă doriți să creșteți nivelul de acoperire la reînnoire, se pot aplica noi perioade de așteptare, se poate solicita refacerea evaluării medicale și se va plăti o primă de asigurare mai mare.										

SECTION C

CONFIDENTIAL HEALTH QUESTIONNAIRE – CHESTIONARUL MEDICAL

Acum trebuie să furnizați informații despre istoricul medical al dvs. și al fiecărei persoane numite în secțiunea A. Dacă bifați **Da** la o întrebare, vă rugăm să furnizați detalii complete în secțiunea D.

După ce ați făcut acest lucru, vă putem finaliza cererea. Poate fi de folos să aveți la dispoziție orice documentație medicală relevantă atunci când completați acest formular. În funcție de istoricul medical, este posibil să avem nevoie de informații suplimentare înainte de a putea finaliza asigurarea.

Vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări. Vă rugăm să aveți grijă să răspundeți la toate întrebările în mod onest și complet. O **denaturare făcută din neglijență** ar putea duce la reducerea proporțională de către Cigna a volumului oricăror plăți efectuate pentru tratamentul dvs.; pe când o **denaturare deliberată sau din nepăsare** ar putea duce la respingerea cererilor de plată de către Cigna și / sau la anularea asigurării. Dacă aveți nevoie de ajutor pentru completarea cererii, vă rugăm să ne contactați.

Dacă nu sunteți sigur cu privire la răspunsul la orice întrebare, ar trebui să faceți demersurile necesare care să vă permită să oferiți un răspuns corect.

YOUR PLAN

Precizați dacă vreunul din solicitanți a primit tratament, teste sau investigații pentru, sau a fost diagnosticat cu sau a avut semne sau simptome de:		ASIGURATUL PRINCIPAL		DEPENDENT 1		DEPENDENT 2		DEPENDENT 3		DEPENDENT 4	
		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
1	Diabet și alte tulburări endocrine (glandulare) de exemplu: orice afecțiune a tiroidei, probleme de greutate, gută, hipofiză sau suprarenale.										
2	Tulburări cardiace sau circulatorii de exemplu: dureri în piept, infarct miocardic, hipertensiune arterială, boli vasculare, boli coronariene, angină, bătăi neregulate ale inimii, anevrism sau suflu cardiac.										
3	Cancer, tumori sau creșteri inclusiv polipi, chisturi sau noduli la sân.										
4	Probleme musculare sau scheletice (ortopedice) e.g. dureri de spate, whiplash, artrită, dureri articulare sau probleme, gută, fracturi, probleme de cartilaje, tendoane sau ligamente.										
5	Astm, alergii, tulburări de respirație sau plămâni e.g. infecții toracice, pneumonie, bronșită, dificultăți de respirație, rinită, TBC, emfizem sau boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC).										
6	Probleme ale vezicii biliare, stomacului, intestinale, gastrice sau hepatice e.g. boala colonului iritabil, colită, boala Crohn, ulcere gastrice sau peptice, reflux, indigestie, arsuri la stomac, calculi biliari, hernie, hemoroizi sau hepatită.										
7	Tulburări cerebrale sau neurologice e.g. scleroză multiplă, epilepsie sau convulsii, accident vascular cerebral, migrene, dureri de cap recurente sau severe, meningită, zona zoster sau dureri nervoase.										
8	Probleme de piele (dermatologice) e.g. eczeme, acnee, alunițe, erupții cutanate, reacții alergice, chisturi, dermatită sau psoriazis.										
9	Blood, infective or immune disorders e.g. high cholesterol, anaemia, malarie, HIV or systemic lupus erythematosus.										
10	Tulburări urinare sau de reproducere e.g. infecții ale tractului urinar, probleme renale, fibroame, menstuații dureroase, neregulate sau grele, probleme de fertilitate, sindrom ovarian polichistic, endometrioză, probleme testiculare sau de prostată.										
11	Anxietate, depresie, probleme psihiatrice sau de sănătate mintală inclusiv tulburări de alimentație, tulburări de stres post-traumatic, probleme de alcool sau droguri.										
12	Urechi, nas, gât (ORL), ochi sau probleme dentare e.g. infecții ale urechii, probleme ale sinusurilor, amigdalele și adenoidele, cataracta, glaucom, probleme ale măselelor de minte.										
Vă rugăm, de asemenea, să răspundeți la următoarele întrebări:											
13	Are cineva vreoa boală, afecțiune sau simptom care nu a fost deja menționat? Vă rugăm să includeți detalii cu privire la orice problemă cunoscută sau suspectată, indiferent dacă a fost solicitat sau nu sfatul medicului sau s-a ajuns sau nu la un diagnostic.										
14	la cineva vreun medicament, primește vreun tratament de orice fel sau se așteaptă să aibă o revizie sau să monitorizeze orice problemă medicală actuală sau trecută care nu a fost deja menționată?										

SECTION D

INFORMAȚII MEDICALE SUPPLEMENTARE

Vă rugăm să detaliați dacă ați răspuns „Da” la orice întrebare din secțiunea C. Dacă nu sunteți sigur că detaliile sunt relevante, vă rugăm să le includeți oricum. Dacă rămâneți fără spațiu, vă rugăm să utilizați o foaie separată.

	Numărul întrebării din Secțiunea C	Numele bolii sau al problemei medicale. Dacă este cazul, indicați zona corpului afectat (e.g. brațul stâng, piciorul drept).	Când au apărut simptomele și când ați avut ultimele simptome?	Ce tratament ați urmat? (Includeți detalii despre medicamente și datele când a început și s-a încheiat tratamentul.)	Care este starea actuală a bolii sau a problemei medicale? (E.g. recuperare continuă, completă, recurentă sau care poate reapărea / ongoing, complete recovery, recurrent or likely to recur.)
ASIGURATUL PRINCIPAL					
DEPENDENT 1					
DEPENDENT 2					
DEPENDENT 3					
DEPENDENT 4					

SECTION E

DECLARATION FOR ALL CUSTOMERS – DECLARAȚIE PENTRU TOATE PERSOANELE DIN CERERE

Prin prezenta declar că am avut grijă să răspund la toate întrebările complet, cu exactitate, onestitate. Recunosc că, dacă nu răspund la toate întrebările cu exactitate și complet, ca urmare a neglijenței mele, acest lucru ar putea duce la reducerea proporțională a oricărei plăți efectuate de Cigna. Recunosc, de asemenea, că dacă ofer deliberat sau imprudent informații inexacte sau incomplete ca răspuns la întrebările puse, poate conduce la respingerea cererilor de către Cigna și / sau anularea asigurării.

Datoria de a răspunde la întrebările noastre cu acuratețe, onestitate și completitate se aplică pentru fiecare persoană care este acoperită de această poliță. Deși neîndeplinirea acestei obligații de către o persoană acoperită poate afecta acoperirea sau plata tratamentelor acesteia, acest fapt nu va afecta acoperirea sau plata tratamentului în legătură cu orice altă persoană acoperită, cu excepția cazului în care acea persoană a oferit răspunsuri denaturante întrebărilor noastre, din neglijență, imprudență sau în mod deliberat.

Garantez și declar că am consimțământul fiecărei persoane acoperite să vă dezvălui informațiile personale, inclusiv informațiile personale sensibile (de exemplu, informații medicale) conținute în acest formular. Confirm că fiecare persoană acoperită este conștientă de datoria sa de a avea grijă rezonabilă pentru a răspunde la întrebările dvs. complet, cu acuratețe și onestitate.

(Vă rugăm să rețineți că, dacă declarați cele de mai sus în numele altei persoane, este obligația dvs. să păstrați dovada consimțământului pe care îl furnizați cu privire la declarațiile și consimțămintele efective ale membrilor familiei dvs.)

Prin prezenta propun Cigna ca acoperirea să înceapă la data precizată sau la o altă dată convenită. În cazul în care se constată că eu, sau orice persoană acoperită, am furnizat în mod deliberat sau imprudent orice informație falsă sau inexactă, Cigna poate anula contractul de asigurare în legătură cu mine sau persoana acoperită și poate refuza toate cererile de plată, fără să fie nevoie să returneze primele de asigurare plătite, cu excepția cazurilor în care ar fi nedrept ca primele să fie reținute. Am citit cu atenție, am înțeles și sunt de acord să respect Condițiile de Asigurare (Policy Rules și Customer Guide), deoarece fac parte din contractul meu de asigurare.

Semnătura									
Data (ZZ/LL/AAAA)									
Dacă ați completat acest formular în numele titularului principal al poliței de asigurare, vă rugăm să semnați mai jos unde garantați și ne declarați că ați citit declarația de mai sus și că aveți autoritatea de a înainta această cerere:									
Semnătura									
Data (ZZ/LL/AAAA)									
Selecționați relația cu asiguratul principalul	<table><tr><td>Broker</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Agent</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">Altele (vă rugăm să specificați)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Broker	<input type="checkbox"/>	Agent	<input type="checkbox"/>	Altele (vă rugăm să specificați)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broker	<input type="checkbox"/>	Agent	<input type="checkbox"/>						
Altele (vă rugăm să specificați)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

DECLARAȚIE SUPLIMENTARĂ APLICABILĂ PENTRU CETĂȚENII HONG KONG - ADDITIONAL DECLARATION APPLICABLE FOR HONG KONG NATIONALS LIVING IN THEIR HOME COUNTRY

Dacă naționalitatea dvs. este **Hong Kong** și sunteți rezident și locuitor în **Hong Kong** în temeiul acestei polițe de asigurare, în conformitate cu legislația și reglementările dvs. locale, ați putea avea dreptul să efectuați o analiză a necesităților cu privire la nevoile dvs. de asigurare și / sau să utilizați un Formular de Protecție a Clientului. Sunt de acord să cumpăr acest produs de asigurare fără o analiză a necesităților sau un formular completat de protecție a clienților.

Confirm și sunt de acord cu declarația de mai sus				<input type="checkbox"/>
Semnătura asiguratului principal				
Date (DD/MM/YYYY)				
Dacă semnați sau în numele titularului principal al poliței de asigurare, vă rugăm să semnați mai jos unde vă asumați și ne declarați că ați citit declarația de mai sus și că aveți autoritatea de a solicita această asigurare:				
Semnătură				
Date (DD/MM/YYYY)				
Selecționați relația cu asiguratul principalul	Broker	<input type="radio"/>	Agent	<input type="radio"/>
	Altele (vă rugăm să specificați)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POLITICA ANTI- FRAUDĂ - FRAUD NOTICE

Orice persoană care, în mod necinstit și cu intenția de a câștiga pentru sine sau de a provoca pierderea altuia sau de a expune pe alta la riscul pierderii: (1) face o cerere de asigurare sau face o cerere în temeiul unei polițe care conține orice informații despre care știți că sunt false sau înșelătoare; sau care (2) în formularea unei cereri de asigurare sau a unei cereri de rambursare sau de plată în temeiul unei polițe de asigurare, în mod necinstit și cu intenția de a câștiga pentru sine sau de a provoca pierderea altuia sau de a expune pe altul la un risc de pierdere nu dezvăluie informațiile care au fost solicitate, comite fraude. Vom investiga orice cereri de asigurare sau cereri de rambursare sau de plată despre care avem motive să credem că pot fi frauduloase. Comiterea fraudei poate duce la rezilierea poliței dvs. și refuzarea oricăror cereri de rambursare sau de plată pe care le faceți în baza asigurării. Putem, în scopul detectării și prevenirii fraudei, să împărtășim informații referitoare la suspiciunea de fraudă cu alte companii de asigurări și / sau cu autoritățile de aplicare a legii.

CUM FOLOSIM INFORMAȚIILE DVS. - HOW WE USE YOUR INFORMATION

Vom colecta, utiliza, stoca și dezvălui informațiile dvs. personale, inclusiv informații sensibile (în special, informații referitoare la istoricul dvs. medical și orice tratament medical pe care l-ați putea avea sau ați avut), în conformitate cu legislația relevantă privind protecția datelor personale. Colectăm și vom folosi informațiile dvs. personale, inclusiv informații sensibile, în scopul îndeplinirii obligațiilor noastre în temeiul acestui plan.

Putem partaja informațiile dvs., inclusiv informații sensibile, cu alte companii Cigna, terțe părți selectate cu atenție, inclusiv orice broker pe care îl desemnați să acționeze în numele dvs., alți furnizori de servicii conform acestui plan și furnizori de asistență medicală autorizați, acolo unde este necesar pentru a ne îndeplini obligațiile acestui plan de asigurare. Această declarație se aplică și informațiilor personale ale oricăror persoane dependente detaliate în acest formular de cerere.

Aveți dreptul de a solicita o copie a informațiilor dvs. personale deținute de noi, iar beneficiarii conform politicii dvs. au dreptul de a solicita o copie a informațiilor personale pe care le deținem despre aceștia. Este posibil să percepem o taxă pentru furnizarea acestor informații.

Recunosc colectarea, utilizarea și divulgarea datelor mele personale și de categorie specială de către Cigna în scopurile impuse de contractul de asigurare pe care l-am încheiat.

OFERTE SPECIALE, PROMOȚII, PRODUSE, SERVICII ȘI CERCETARE - SPECIAL OFFERS, PROMOTIONS, PRODUCTS, SERVICES AND RESEARCH

Am dori să ținem legătura cu dvs. pentru a vă ține la curent cu ofertele noastre speciale, promoțiile, produsele și serviciile pe care credem că vă vor interesa. De asemenea, vă putem contacta în scopul efectuării cercetărilor.

Dacă doriți să primiți aceste informații, vă rugăm să bifați aici

Dacă da, cum ați dori să vă contactăm?

Sunt de acord să fiu contactat de Cigna și / sau de o terță parte care a fost atent selecționată de Cigna în scopul efectuării cercetărilor.

Email

Telephone

Da

No

SECTION F

PAYMENT DETAILS – DETALII DE PLATĂ

Această pagină, inclusiv detaliile cardului dvs., va fi eliminată în siguranță odată ce cererea dvs. a fost procesată și detaliile de plată au fost stocate în siguranță.

PAYMENT DETAILS FOR YOUR PREMIUM - DETALII DE PLATĂ PENTRU PRIMA DE ASIGURARE

Moneda de plată	US Dollar <input type="radio"/>	Euro <input type="radio"/>	Sterling <input type="radio"/>
Frecvența plății	Lunar <input type="radio"/>	Trimestrial <input type="radio"/>	Anual <input type="radio"/>
Modalitatea de plată	Credit/debit card <input type="radio"/>	Transfer bancar (Numai pt. plata anuală) <input type="radio"/>	
(Vă vom contacta la primirea cererii dvs. pentru a furniza detaliile relevante)			
Numărul Cardului de Credit/debit			
Tipul cardului	MasterCard <input type="radio"/>	Visa <input type="radio"/>	Visa Debit <input type="radio"/>
	Visa Electron <input type="radio"/>	American Express <input type="radio"/>	
Numele așa cum apare pe card			
Data de începere a cardului (LL/AA) - doar la unele carduri	Data de expirare a cardului (LL/AA)		
Codul de securitate (Acesta este numărul de 3 cifre de pe reversul majorității cardurilor. Pentru cardurile American Express, acesta este numărul din 4 cifre găsit pe partea din față a cardului din partea dreaptă)			
Vă rugăm să confirmați că acest card de plată este pe numele asiguratului			Da <input type="radio"/>
			No <input type="radio"/>
În cazul în care titularul cardului NU este titularul poliței de asigurare, vă rugăm să precizați relația cu deținătorul poliței	Alt beneficiar <input type="radio"/>		Angajator <input type="radio"/>
	Soț / partener <input type="radio"/>	Membru de familie <input type="radio"/>	Alte <input type="radio"/>
Data nașterii titularului cardului (DD/MM/YYYY)			
Naționalitatea titularului cardului			
Adresa de facturare este adresa de reședință pe care ați furnizat-o pentru polița dvs.?			Yes <input type="radio"/>
			No <input type="radio"/>
Dacă nu, vă rugăm să furnizați adresa completă de facturare asociată cardului			
Autorizarea cardului de credit: Autorizez Cigna să încaseze din contul meu de card de credit / debit prima de asigurare (despre care voi fi notificat la acceptarea / reînnoirii poliței de asigurare). Acest lucru va continua până când autorizarea va fi anulată și voi trimite o notificare scrisă către Cigna conform Condițiilor de Asigurare / Policy Rules.			
Semnătura titularului cardului		Data (ZZ/LL/AAAA)	

La finalizarea cererii, vă rugăm să ne contactați pentru asistență

Email: contact@iqmed.ro

cgi.sales@cigna.com

**Tel.: 0730 50 71 70 / 0740 236 120 / 0727 222
100**

**+44 (0) 1475 788 682 Tollfree from
US: 1-877-539-6296**



Together, all the way.™



Pentru asigurările furnizate de Cigna Global Insurance Company Limited, agentul de subscriere este Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, care este reglementat de Dubai Financial Services Authority.

„Cigna” și sigla „Arborele vieții” sunt mărci de servicii înregistrate ale Cigna Intellectual Property, Inc., licențiate pentru utilizare de către Cigna Corporation și filialele sale operaționale. Toate produsele și serviciile sunt furnizate de sau prin intermediul acestor filiale de operare, și nu de către Cigna Corporation. Astfel de filiale de funcționare includ Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. și Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2021 Cigna.

CGHO Application Form EN Broker 02/2021

IQ MED
www.iqmed.ro