



Formulaire de souscription Cigna Close CareSM

¡Bonjour! Vous souhaitez nous rejoindre
et nous en sommes ravis



Veillez compléter le présent formulaire de souscription en LETTRES CAPITALES et nous le renvoyer. Vous trouverez nos coordonnées à la fin de ce document.

Afin de satisfaire à certaines exigences réglementaires, vous devez indiquer à la Section A si vous êtes, vous ou toute autre personne couverte par la police d'assurance, une Personne politiquement exposée. Une Personne politiquement exposée désigne un individu qui exerce ou a exercé une haute fonction publique, par exemple, un membre d'une famille royale, un chef d'État, un représentant de la justice, un politicien, un officier militaire, etc. Cette exigence ne s'applique que si votre police d'assurance est administrée par l'intermédiaire de notre bureau du Dubai International Finance Centre.

Section A

INFORMATIONS CONCERNANT LA DEMANDE DE SOUSCRIPTION

Veillez compléter cette section pour toutes les personnes qui doivent être couvertes par la police d'assurance, en ce compris le preneur d'assurance principal et les éventuelles personnes à charge.

PRENEUR D'ASSURANCE

Veillez à nous informer de tout changement de coordonnées afin que vous receviez toute la correspondance qui vous est destinée.

Civilité	Prénom	Autres initiales		Nom
Sexe	Homme	Femme	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	
Êtes-vous une Personne politiquement exposée? (voir notes explicatives ci-dessus)	Oui	Non	Profession	
Résidez-vous actuellement aux États-Unis?	Oui	Non		
	Si oui, veuillez préciser l'État:		Sinon, veuillez passer à la question «Nationalité»	
Veillez indiquer votre adresse aux États-Unis ci-dessous si vous résidez actuellement dans l'un des États suivants: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA.				
Si vous ne résidez pas dans l'un des États mentionnés ci-dessus, veuillez passer à la question «Nationalité»				
Adresse				
Ville	État		Code postal	
Nationalité (Quelle est la nationalité indiquée sur votre passeport principal?)				
Lieu de résidence (Pays dans lequel vous résidez/résiderez la majeure partie du temps durant la période de couverture)				
Adresse dans le pays de résidence (si vous la connaissez)				
Ligne d'adresse 1				
Ligne d'adresse 2				
Ligne d'adresse 3				
Pays			Code postal	
Adresse réservée aux correspondances (Si le demandeur est un ressortissant américain, l'adresse doit être en dehors des États-Unis)				
Ligne d'adresse 1				
Ligne d'adresse 2				
Ligne d'adresse 3				
Pays			Code postal	
Numéro de téléphone pour vous joindre en journée (Indicatif pays – Numéro)		Numéro de téléphone mobile (Indicatif pays – Numéro)		Télécopie (Indicatif pays – Numéro)
Adresse e-mail				
Taille:	Pieds	Pouces	Centimètres	Poids: Stones Livres Kilogrammes
Avez-vous fumé ou utilisé des produits de remplacement du tabac ou des substituts nicotiques durant les 12 derniers mois?				Oui Non
Si oui, combien par jour?		Moins de 20 par jour	20 par jour ou plus	Substituts nicotiques

PERSONNE À CHARGE N°1

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom			
Relation vis-à-vis du preneur d'assurance			Sexe	Homme	Femme	
Êtes-vous une Personne politiquement exposée? (voir notes explicatives ci-dessus)				Oui	Non	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Profession				
Nationalité (Quelle est la nationalité indiquée sur votre passeport principal?)						
Lieu de résidence (Votre pays de résidence habituel. Il doit s'agir du même pays que celui du preneur d'assurance)						
Adresse e-mail						
Taille: Pieds	Pouces	Centimètres	Poids: Stones	Livres	Kilogrammes	
Avez-vous fumé ou utilisé des produits de remplacement du tabac ou des substituts nicotiques durant les 12 derniers mois?						Oui Non
Si oui, combien par jour?	Moins de 20 par jour		20 par jour ou plus		Substituts nicotiques	

PERSONNE À CHARGE N°2

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom			
Relation vis-à-vis du preneur d'assurance			Sexe	Homme	Femme	
Êtes-vous une Personne politiquement exposée? (voir notes explicatives ci-dessus)				Oui	Non	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Profession				
Nationalité (Quelle est la nationalité indiquée sur votre passeport principal?)						
Lieu de résidence (Votre pays de résidence habituel. Il doit s'agir du même pays que celui du preneur d'assurance)						
Adresse e-mail						
Taille: Pieds	Pouces	Centimètres	Poids: Stones	Livres	Kilogrammes	
Avez-vous fumé ou utilisé des produits de remplacement du tabac ou des substituts nicotiques durant les 12 derniers mois?						Oui Non
Si oui, combien par jour?	Moins de 20 par jour		20 par jour ou plus		Substituts nicotiques	

PERSONNE À CHARGE N°3

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom			
Relation vis-à-vis du preneur d'assurance			Sexe	Homme	Femme	
Êtes-vous une Personne politiquement exposée? (voir notes explicatives ci-dessus)				Oui	Non	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Profession				
Nationalité (Quelle est la nationalité indiquée sur votre passeport principal?)						
Lieu de résidence (Votre pays de résidence habituel. Il doit s'agir du même pays que celui du preneur d'assurance)						
Adresse e-mail						
Taille: Pieds	Pouces	Centimètres	Poids: Stones	Livres	Kilogrammes	
Avez-vous fumé ou utilisé des produits de remplacement du tabac ou des substituts nicotiques durant les 12 derniers mois?						Oui Non
Si oui, combien par jour?	Moins de 20 par jour		20 par jour ou plus		Substituts nicotiques	

PERSONNE À CHARGE N°4

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom			
Relation vis-à-vis du preneur d'assurance			Sexe	Homme	Femme	
Êtes-vous une Personne politiquement exposée? (voir notes explicatives ci-dessus)				Oui	Non	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Profession				
Nationalité (Quelle est la nationalité indiquée sur votre passeport principal?)						
Lieu de résidence (Votre pays de résidence habituel. Il doit s'agir du même pays que celui du preneur d'assurance)						
Adresse e-mail						
Taille: Pieds	Pouces	Centimètres	Poids: Stones	Livres	Kilogrammes	
Avez-vous fumé ou utilisé des produits de remplacement du tabac ou des substituts nicotiques durant les 12 derniers mois?						Oui Non
Si oui, combien par jour?	Moins de 20 par jour		20 par jour ou plus		Substituts nicotiques	

SECTION B

INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR

À quelle date souhaitez-vous que la couverture débute?
(JJ/MM/AAAA)

COUVERTURE DE BASE

Choisissez votre franchise	\$ 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
Ensuite, choisissez votre pourcentage de participation aux coûts	Aucune participation aux coûts				10 %	20 %	30 %
Choisissez votre plafond de dépenses non remboursées (Il s'agit du montant maximum de participation aux coûts dont vous devez vous acquitter au titre de la Couverture de base pour toute demande de remboursement introduite durant la période de couverture).						\$ 2.000	\$ 5.000
						€ 1.480	€ 3.700
						£ 1.330	£ 3.325

PRESTATIONS EN OPTION

Si vous le souhaitez, vous pouvez renforcer votre assurance en sélectionnant les options ci-après

Soins ambulatoires et prestations bien-être

Oui	Non	Franchise					
		\$ 0	\$ 150	\$ 500	\$ 1.000	\$ 1.500	
		€ 0	€ 110	€ 370	€ 700	€ 1.100	
		£ 0	£ 100	£ 335	£ 600	£ 1.000	
Participation aux coûts après application de la franchise (un plafond de dépenses non remboursées de \$ 3.000 / € 2.200 / £ 2.000 est appliqué à la participation aux coûts pour l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être)							
Aucune participation aux coûts					10 %	20 %	30 %

Soins et traitements dentaires

Couverture aux États-Unis (uniquement applicable aux ressortissants américains)

Si vous êtes un ressortissant américain et que vous choisissez de ne pas souscrire la Couverture aux États-Unis, vous ne serez pas couvert lorsque vous revenez y séjourner temporairement.

Veillez noter que les options Soins ambulatoires et prestations bien-être, Soins et traitements dentaires et Couverture aux États-Unis ne peuvent être souscrites qu'en complément de votre Couverture de base.

Veillez noter que chaque assurance sélectionnée s'appliquera à l'ensemble des personnes à charge.

Vous ne pouvez modifier votre choix que lors du renouvellement de la police d'assurance. Si vous décidez de renforcer votre niveau de couverture lors du renouvellement de votre assurance, vous pouvez être soumis à une évaluation complète des risques médicaux, des délais d'attente sont susceptibles de s'appliquer, et le montant de votre prime sera augmenté.

SECTION C

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CONFIDENTIEL

Veillez nous indiquer vos antécédents médicaux passés et présents ainsi que ceux de chaque personne nommée à la section A. Si vous cochez Oui à une question, veuillez fournir tous les détails dans la section D.

Une fois votre demande soumise, nous devons peut-être vous contacter pour obtenir de plus amples informations avant de pouvoir finaliser votre couverture.

Une déclaration incomplète ou erronée suite à votre négligence ou faite de manière délibérée pourrait entraîner le rejet de réclamations par Cigna Healthcare et/ou l'annulation de la couverture. Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande, veuillez nous contacter.

Si vous n'êtes pas sûr de votre réponse à une question, il est nécessaire d'effectuer les recherches nécessaires afin de fournir une réponse précise.

Veillez noter que si vous avez divulgué des informations médicales lors d'un appel ou d'une correspondance précédente, vous devrez à nouveau divulguer ces informations. en répondant au questionnaire médical suivant.

VOTRE ASSURANCE

L'un quelconque des demandeurs a-t-il reçu des traitements, subi des examens ou effectué des analyses concernant les maladies/troubles ci-après, ou en a-t-il obtenu le diagnostic ou présenté les symptômes?		Preneur d'assurance		Personne à charge n°1		Personne à charge n°2		Personne à charge n°3		Personne à charge n°4	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	Diabète et autre trouble endocrinien par exemple, trouble de la thyroïde, problèmes de poids, goutte, trouble de l'hypophyse, ou désordres de la glande surrénale?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
2	Problèmes cardiaques ou circulatoires par exemple, douleur dans la poitrine, infarctus, hypertension, maladie vasculaire, maladie coronarienne, angine, arythmie, anévrisme ou souffle cardiaque.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
3	Cancers, tumeurs ou excroissances y compris des polypes, des kystes ou des masses sur les seins.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
4	Problèmes musculaires ou squelettiques par exemple, douleurs dans le dos, entorse cervicale, arthrite, douleurs ou problèmes articulaires, goutte, fractures, problèmes de cartilages, tendons ou ligaments.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
5	Asthme, allergies ou problèmes respiratoires par exemple, infections pulmonaires, pneumonie, bronchite, essoufflement, rhinite, TB, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
6	Problèmes de vésicule biliaire, troubles gastriques, intestinaux ou hépatiques par exemple, syndrome du côlon irritable, colite, maladie de Crohn, ulcères gastriques ou peptiques, reflux, indigestion, brûlure d'estomac, calculs biliaires, hernie, hémorroïdes ou hépatites.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
7	Maladies du cerveau ou troubles neurologiques par exemple, sclérose en plaques, épilepsie ou convulsions, accident vasculaire cérébral, migraines, maux de tête récurrents ou sévères, méningite, zona ou douleurs névralgiques.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
8	Problèmes de peau par exemple, eczéma, acné, grains de beauté, éruptions cutanées, réactions allergiques, kystes, dermatite ou psoriasis	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
9	Troubles sanguins, infectieux ou immunitaires par exemple, hypercholestérolémie, anémie, malaria, VIH ou lupus érythémateux systémique.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
10	Troubles urinaires ou de la reproduction par exemple, infections du tractus urinaire, problèmes rénaux, fibromes, règles douloureuses, irrégulières ou abondantes, problèmes de fertilité, syndrome des ovaires polykystiques, endométriose, problèmes testiculaires ou de la prostate.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

VOTRE ASSURANCE (SUITE)

L'un quelconque des demandeurs a-t-il reçu des traitements, subi des examens ou effectué des analyses concernant les maladies/troubles ci-après, ou en a-t-il obtenu le diagnostic ou présenté les symptômes?		Preneur d'assurance		Personne à charge n°1		Personne à charge n°2		Personne à charge n°3		Personne à charge n°4	
11	Anxiété, dépression, troubles psychiatriques ou problèmes psychologiques y compris, troubles de l'alimentation, syndrome de stress post-traumatique, problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
12	Problèmes oto-rhino-laryngologiques, oculaires ou dentaires par exemple, infections de l'oreille, sinusites, amygdales et adénoïdes, cataracte, glaucome, problèmes de dents de sagesse.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Veillez répondre également aux questions suivantes:											
13	L'un quelconque des demandeurs souffre-t-il d'une maladie ou présente-t-il des symptômes qui n'ont pas été mentionnés précédemment? Veillez fournir des informations concernant tout problème connu ou suspecté, qu'un avis médical ait ou non été demandé et qu'un diagnostic ait ou non été établi.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
14	L'un quelconque des demandeurs prend-il des médicaments, reçoit-il un traitement quel qu'il soit ou prévoit-il de subir un examen ou d'être suivi pour tout problème médical actuel ou passé qui n'a pas encore été mentionné?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Section D

Informations complémentaires concernant la santé

Veillez nous fournir des informations complémentaires si vous avez répondu 'Oui' à toute question de la Section C. Si vous n'êtes pas sûr de devoir ajouter certains détails, veuillez les inclure quoi qu'il en soit. Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée.

	Numéro de la question de la Section C	Nom de la maladie ou du problème médical. Le cas échéant, précisez la zone du corps affectée (par exemple, bras gauche, pied droit).	Quand les symptômes sont-ils apparus et quand les avez-vous présentés pour la dernière fois?	Quel traitement a été administré? (Incluez des détails concernant les médicaments et les dates de début et de fin du traitement.)	À quel stade en est actuellement la maladie ou le problème médical en question? (Par exemple, en cours, guérison, rétablissement, récurrent(e), récurrence probable.)
PRENEUR D'ASSURANCE					
Personne à charge n°1					
Personne à charge n°2					
Personne à charge n°3					
Personne à charge n°4					

SECTION E

DÉCLARATION POUR L'ENSEMBLE DES ASSURÉS

Par les présentes, Je déclare par la présente que j'ai pris des précautions raisonnables pour répondre à toutes les questions de manière précise, honnête et complète. Je reconnais que si je ne réponds pas toutes les questions de manière précise et complète en raison de ma négligence ou d'une fausse déclaration délibérée ou imprudente, Cigna Healthcare peut rejeter les réclamations et/ou annuler la couverture conformément aux termes et conditions de cette police.

Il incombe à chaque personne couverte par la présente police de répondre à nos questions de façon précise, honnête et complète. Le fait pour l'une des personnes couvertes de ne pas s'acquitter de cette responsabilité peut affecter sa couverture ou le remboursement de ses frais, sans affecter toutefois la couverture ou le remboursement des frais de toute autre personne couverte, à moins qu'une telle autre personne ne fournisse également des informations inexactes par négligence ou de façon délibérée ou irréfléchie. Je déclare et garantis avoir obtenu le consentement de chaque personne couverte pour divulguer à Cigna Healthcare les informations à caractère personnel, en ce compris les informations sensibles (par exemple, les informations médicales) figurant dans le présent formulaire. Je confirme que chaque personne couverte est informée de sa responsabilité de veiller soigneusement à répondre à vos questions de façon précise, honnête et complète et au meilleur de ses connaissances.

(Veuillez noter que si vous formulez la déclaration ci-dessus pour le compte d'autres personnes couvertes par l'assurance, vous êtes tenu de conserver les documents attestant de leur consentement.)

Par les présentes, je demande à Cigna Healthcare de débiter la couverture à la date de couverture ou à toute autre date convenue. S'il est établi que des informations fausses ou imprécises ont été communiquées délibérément ou par négligence, par mes soins ou par l'une des personnes couvertes, Cigna Healthcare est en droit d'annuler le contrat d'assurance me concernant moi ou la personne couverte et de rejeter toute demande de remboursement, sans être tenue de restituer les primes payées, sauf dans les cas où il serait injustifié de les conserver. J'ai lu attentivement, compris et accepté les Règles relatives à la police d'assurance et le Guide d'information pour les clients qui font partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Si vous signez au nom ou pour le compte du Preneur d'assurance principal, veuillez signer ci-dessous. Vous déclarez et garantissez ainsi que vous avez lu la déclaration ci-dessus et que vous disposez de l'autorité nécessaire pour établir la présente demande de souscription:

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Sélectionnez votre relation vis-à-vis du preneur d'assurance

Courtier

Représentant

Autre (veuillez préciser)

AVIS RELATIF AUX CAS DE FRAUDE

Toute personne qui, en agissant de façon malhonnête et dans le but de réaliser un profit personnel ou de causer un préjudice à un autre tiers ou de l'exposer à un risque de pertes: (1) soumet une demande de souscription d'assurance ou introduit en vertu d'une police d'assurance une demande de remboursement comportant une quelconque information dont elle sait qu'elle est inexacte ou trompeuse; ou qui (2) en soumettant une demande de souscription d'assurance ou en introduisant en vertu d'une police d'assurance une demande de remboursement en agissant de façon malhonnête et dans le but de réaliser un profit personnel ou de causer un préjudice à un autre tiers, ou de l'exposer à un risque de pertes, manque à son obligation de divulguer les informations demandées, commet une fraude. Nous examinerons toute demande de remboursement ou toute demande de souscription d'assurance dont nous pensons légitimement qu'elle peut être frauduleuse. La commission d'une fraude peut entraîner l'annulation de votre police d'assurance et le rejet de vos demandes de remboursement. Afin de détecter et de prévenir les cas de fraude, nous pouvons être amenés à communiquer des informations relatives aux cas de fraude suspectés à d'autres sociétés d'assurance et/ou aux services répressifs.

DE QUELLE MANIÈRE UTILISONS-NOUS VOS INFORMATIONS?

Nous collectons, utilisons, enregistrons et divulguons vos informations à caractère personnel, y compris les informations sensibles (notamment des informations concernant vos antécédents médicaux et tout traitement médical que vous suivez ou avez suivi), conformément à la législation pertinente en matière de protection des données. Nous collectons et nous utilisons vos informations à caractère personnel, y compris les informations sensibles, aux fins de l'exécution de nos obligations au titre de la présente assurance.

Nous pouvons être amenés à communiquer les informations vous concernant, y compris les informations sensibles, à d'autres sociétés Cigna Healthcare et à des professionnels de santé autorisés, lorsque cela s'avère nécessaire pour nous permettre d'exécuter nos obligations au titre de la présente assurance. La présente déclaration s'applique également aux informations à caractère personnel concernant les bénéficiaires mentionnés sur ce formulaire de souscription.

Vous pouvez demander une copie des informations à caractère personnel que nous détenons à votre sujet, et les bénéficiaires de votre police d'assurance peuvent demander une copie des informations à caractère personnel que nous détenons à leur sujet. La fourniture de ces informations peut entraîner des frais.

J'accepte que les données à caractère personnel et les données relevant d'une catégorie particulière me concernant soient collectées, utilisées et divulguées par Cigna Healthcare aux fins requises par le contrat d'assurance que j'ai conclu.

OFFRES SPÉCIALES, PROMOTIONS, PRODUITS ET SERVICES

Nous aimerions vous tenir informé des offres spéciales, des promotions, des produits et des services de Cigna Healthcare dont nous pensons qu'ils pourraient vous intéresser.

Si vous souhaitez recevoir ce type d'informations, veuillez cocher cette case

Dans ce cas, de quelle façon souhaitez-vous être contacté?

E-mail

Téléphone

Section F

Informations relatives aux paiements

Cette page, y compris les informations relatives à votre carte, sera éliminée de façon sécurisée lorsque votre demande de souscription aura été traitée et lorsque vos informations de paiement auront été enregistrées de façon sécurisée.

INFORMATIONS RELATIVES AU PAIEMENT DE VOTRE PRIME

Devise de paiement	<input type="checkbox"/> Dollar des États-Unis	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Livre sterling		
Fréquence de paiement	<input type="checkbox"/> Mensuel	<input type="checkbox"/> Trimestriel	<input type="checkbox"/> Annuel		
Mode de paiement	<input type="checkbox"/> Carte de crédit/débit	<input type="checkbox"/> Virement bancaire (paiement annuel uniquement) (Nous vous contacterons par téléphone lors de la réception de votre demande de souscription afin de vous fournir les informations nécessaires)			
Numéro de carte de crédit/débit					
Type de carte	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Debit	<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> American Express
Nom tel qu'il figure sur la carte					
Date d'activation de la carte (MM/AA)		Date d'expiration de la carte (MM/AA)			
Code de sécurité (Il s'agit du code à 3 chiffres figurant au verso de la plupart des cartes. Pour les cartes American Express, il s'agit du code à 4 chiffres figurant au recto de la carte, sur la droite)					
Confirmez-vous que la carte de paiement appartient au preneur d'assurance?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si le titulaire de la carte n'est pas le preneur d'assurance, veuillez préciser la relation de la personne concernée vis-à-vis du preneur d'assurance	<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Employeur	<input type="checkbox"/> Nom de la société		
	<input type="checkbox"/> Époux(se)/conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Relation		
	<input type="checkbox"/> Membre de la famille				
Date de naissance du titulaire de la carte (JJ/MM/AAAA)					
Nationalité du titulaire de la carte					
L'adresse de facturation est-elle identique à l'adresse que vous avez renseignée pour votre police d'assurance?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Dans le cas contraire, veuillez indiquer l'adresse de facturation complète					
Autorisation relative à la carte de crédit: J'autorise Cigna Healthcare à prélever sur le compte de ma carte de crédit/débit la prime d'assurance santé (qui m'a été notifiée lors de l'acceptation/du renouvellement de ma couverture). Ce prélèvement se poursuivra jusqu'à ce que l'instruction correspondante soit annulée, et je m'engage à en informer Cigna Healthcare par écrit conformément aux modalités du document «Règles relatives à la police d'assurance».					
Signature du titulaire de la carte		Date (JJ/MM/AAAA)			

Après avoir complété la demande de souscription, veuillez contacter notre Équipe commerciale dédiée aux courtiers pour obtenir de l'aide.

E-mail: cgi.sales@cigna.com

Téléphone: +44 (0) 1475 788 682

Numéro gratuit depuis les États-Unis: 1-877-539-6296



Pour les polices souscrites par le biais de notre bureau de Dubai International Finance Centre, sous la licence d'assurance Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited qui est contrôlé par l'Administration des Services Financiers de Dubaï agit en qualité de souscripteur.

Cigna Healthcare est le marque de service déposée de Cigna Intellectual Property, Inc., pouvant être utilisées sous licence par The Cigna Group et ses filiales d'exploitation. Tous les produits et services sont fournis par ces filiales d'exploitation ou par leur intermédiaire, et non pas par Cigna Corporation. Ces filiales d'exploitation incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare