CAISSE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE

du Grand-Duché de Luxembourg

Mutuelle de Santé et Caisse de décès de toutes les classes et de toutes les professions

Etablissement d'utilité publique sous le contrôle de l'Etat - Fondé le 8 février 1880
Société de base de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste

Siège social: L-2561 Luxembourg – 51, rue de Strasbourg – Téléphone 47 45 93 – Fax 40 00 38 – Bureaux ouverts de 8-11.30 et de 13-16.45 hrs
info@cgp-mutuelle.lu – www.cgp-mutuelle.lu

Réservé à la Caisse

Date d'entrée de la demande: | No matricule:

Compte Institut financier: | LU

	Cot. act.	Cot. n.i.100	Cot. act.	Cot. n.i.100	CMCM
1er assuré:			2e assuré:		

Assurance au n.i. 100:

Demande d'adhésion – Beitrittserklärung

(à remplir par l'intéressé – vom Antragsteller auszufüllen)

Pour choisir le montant de l'assurance, veuillez consulter le tableau à la page annexée.
Um die Höhe des Versicherungsbetrages festzulegen, benutzen Sie bitte die beiliegende Tabelle.

	1er assuré / 1.Versicherungsnehmer	2e assuré / 2.Versicherungsnehmer
Montant de l'assurance Betrag der Versicherung	€	€
Civilité / Anrede	☐ M. ☐ Mme	☐ M. ☐ Mme
Nom et prénom Name und Vorname		
Date et lieu de naissance Geburtsdatum und Ort		
Etat civil Familienverhältnis	☐ célibataire / ledig ☐ marié(e) / verheiratet ☐ Partenaire/*joindre attestation* Partner(in)/*Bescheinigung beifügen* ☐ Veuve(f) Witwe(r)	☐ célibataire / ledig ☐ marié(e) / verheiratet ☐ Partenaire/*joindre attestation* Partner(in)/*Bescheinigung beifügen* ☐ Veuve(f) Witwe(r)
e-mail:		

Code postal / Postleitzahl _____ Domicile / Wohnort _____ Rue / Straße _____ N° / Nr _____

Tél. / Tel. _____

Date / Datum _____ 1er assuré / 1.Versicherungsnehmer _____ Signatures / Unterschriften 2e assuré / 2.Versicherungsnehmer _____

2.500 - 01/2011

Par la présente je soussigné (e)
Ich Unterzeichnete (r)

PROCURATION POUR DOMICILIATION
ERMÄCHTIGUNG ZUR ZAHLBARSTELLUNG

No Matricule / Matrikelnummer _____
(Réservé à la CGP / Der CGP vorbehalten)

Nom et prénom / Name und Vorname _____ Code postal / Postleitzahl _____

Domicile / Wohnort _____ Rue / Straße _____ N° / Nr _____

autorise la / ermächtige hiermit die Caisse Générale de Prévoyance à prélever la cotisation annuelle échue de mon / den erfallenen Jahresbeitrag von meinem

Compte n°: / Konto Nr.: L U _____ _____ _____ _____ abzuheben.

- ☐ Comptes Chèques Postaux (CCPL)
- ☐ Banque et Caisse d'Epargne de l'Etat (BCEE)
- ☐ Banque Générale BNP PARIBAS (BGLL)
- ☐ Dexia - Banque Internationale (BILL)
- ☐ ..... (autre institut financier luxembourgeois) (Sonstiges Luxemburger Finanzinstitut)

Date / Datum ..... Signature / Unterschrift .....