

CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE

Caisse de décès et mutuelle de toutes les classes et de toutes les professions

Établissement d'utilité publique sous le contrôle de l'État • Fondé le 8 février 1880
Société de base de la Caisse Médico-Chirurgicale mutualiste

L-2561 Luxembourg - 51 rue de Strasbourg • Téléphone 47 45 93 - Fax 40 00 38 • Bureaux ouverts de 8 à 11.30 et de 14 à 17.30 heures
www.cgp-mutuelle.lu - info@cgp-mutuelle.lu

Communication importante **concernant l'affiliation de votre conjoint** **ou partenaire légal!**

Souscrivez une **assurance complémentaire**
pour votre conjoint ou partenaire légal!

Celui-ci pourra bénéficier non seulement de l'indemnité de décès, mais aussi du fonds de secours interne prévu par les articles 35 à 38 des statuts.

Dans ce cas, veuillez retourner la demande d'adhésion ci-dessous, dûment complétée et signée au secrétariat de la C.G.P.

Pour choisir le montant de l'assurance, veuillez consulter le tableau sur notre site Internet.

Le montant cumulé des cotisations individuelles est dû par l'affilié principal.

Wichtige Mitteilung die Ihren Ehepartner **oder eingeschriebenen Partner betrifft!**

Unterzeichnen Sie eine **zusätzliche Versicherung für Ihren Ehepartner oder eingeschriebenen Partner**. Ihr Partner kann dann sämtliche Leistungen der G.G.P. in Anspruch nehmen, wie das Sterbegeld und besonders die Leistungen unserer Internen Unterstützungskasse gemäß Artikel 35 bis 38 der Statuten.

Nachfolgende Beitrittserklärung ist dann, ausgefüllt und unterschrieben, an das Sekretariat der Caisse Générale de Prévoyance zurückzusenden.

Um die Höhe der Versicherungssumme festzulegen, benutzen Sie bitte die Tabelle auf unserer Internetseite.

Der Gesamtbetrag der beiden Beiträge geht zu Lasten des Hauptversicherten.

Demande d'adhésion du conjoint (partenaire légal) **Beitrittserklärung des Ehepartners (eingetragenen Partners)**

A remplir par l'intéressé - Vom Antragsteller auszufüllen

N° d'affiliation à la CGP de l'affilié principal matricule:
CGP Mitgliedsnummer des Hauptversicherten:

Montant de l'assurance*:
Betrag der Versicherung*:



€

* Pour le choix du montant de l'assurance, consultez la page «Cotisations»
* Für die Festlegung des Versicherungsbetrages siehe «Cotisations»

Nom et prénom du conjoint (ou partenaire légal):
Name und Vorname des Ehepartners (oder eingetragenen Partners):

Date et lieu de naissance / Geburtsdatum und Ort:

Profession / Beruf:

Domicile / Wohnort:

Code postal / Postleitzahl:

Rue et numéro / Strasse und Hausnummer:

Téléphone / Telefon:

E-mail:

Date / Datum:

Signature de l'affilié principal
Unterschrift des Hauptversicherten

Signature du 2e assuré
Unterschrift des 2. Versicherten

Réservé à la Caisse

Date d'entrée de la demande: N° matricule:

2e assuré: Assurance actuelle: Assurance au n.i. 100: