



CAISSE MEDICO-CHIRURGICALE MUTUALISTE  
DU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

**FORMULAIRE DE TRANSFERT**

A compléter sur écran, imprimer, signer et transmettre par courrier à la C.G.P., 51 rue de Strasbourg à L-2561 Luxembourg

RÉSERVÉ À L’AFFILIÉ

**Je soussigné (e)**

Nom:

Prénom:

Domicile:

Rue et n°:

Date de naissance:

Tél.:

N° matricule de la CMCM:

(à compléter par l’affilié)

Membre de la Mutuelle:

N°

déclare vouloir adhérer à la Mutuelle N° 3 "CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE DU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG à partir du:

Je déclare rester membre de mon ancienne Mutuelle.  
avoir démissionné en due forme de mon ancienne Mutuelle.

Fait à

le

(signature)