



CAISSE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE

info

LA MUTUELLE POUR LA VIE

2017 // Index 775,17



CAISSE GÉNÉRALE
DE PRÉVOYANCE



La Caisse Générale de Prévoyance se présente

La société de secours mutuels CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE (CGP) a été créée le 8 février 1880. Reconnue par l'État, elle fonctionne sous le contrôle du Gouvernement.

La CGP - depuis plus de 137 ans au service de ses membres - s'est toujours adaptée aux exigences de la vie moderne. Au 1er janvier 2017, la CGP comptait plus de 43.000 membres affiliés.

Avec ses prestations dynamiques, la mutuelle vous offre:

- > outre ses indemnités de décès, les avantages comme:
- > son fonds de secours interne dont le but est d'accorder:
 - une indemnité en cas de maladie,
 - une allocation de naissance et
 - une allocation pour frais de transport en ambulance.

L'adhésion à la CGP constitue **une affiliation individuelle**, c.à.d. **le conjoint** ou partenaire légal **n'est pas automatiquement affilié**, bien qu'il puisse bénéficier d'éventuelles indemnités de décès de la part de l'affilié principal. **Ainsi, le conjoint ou partenaire légal non affilié à la CGP ne bénéficie pas du fonds de secours interne très intéressant!**

Soyez donc prévoyants

Souscrivez une assurance complémentaire pour votre conjoint ou partenaire légal! Il pourra ainsi lui aussi bénéficier non seulement de l'indemnité de décès, mais également du Fonds de secours interne. Une demande d'adhésion est disponible auprès du secrétariat de la Caisse Générale de Prévoyance.

Font seuls foi les statuts publiés au Mémorial et approuvés par le Ministre de la Sécurité sociale.

Les membres rayés ou démissionnaires n'ont plus droit aux prestations.

Affiliée à la Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise, la CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE (CGP) permet à ses affiliés l'adhésion à la CAISSE MÉDICO-COMPLÉMENTAIRE MUTUALISTE (CMCM), la caisse mutualiste complémentaire qui offre des prestations complémentaires aux caisses de maladie comme:

- Interventions en cas d'hospitalisation pour maladie ou chirurgie tant au Grand-Duché de Luxembourg qu'à l'étranger.
- Prestations dentaires (soins et prothèses dentaires)
- Suppléments hospitaliers et médicaux en cas d'hospitalisation en chambre à 1 lit (1ère classe), avec le régime particulier PRESTAPLUS.
- CMCM-ASSISTANCE à l'étranger en cas: d'hospitalisation urgente ou de décès d'un membre de la CMCM avec, entre autres prestations, la prise en charge des frais de rapatriement du malade ou du membre défunt.

NOS PRESTATIONS

Indemnités de décès

La CGP a pour mission d'accorder en cas de décès à tous les membres effectifs une indemnité de décès, qui s'échelonne entre 115,27 € et 2.305,36 € (14,87 € à 297,40 € au nombre indice 100), selon le montant de la cotisation choisie et d'après l'âge au moment de l'adhésion.

Les indemnités de décès sont adaptées au nombre indice du coût de la vie, tel qu'il est défini par la législation afférente.

Les indemnités de décès sont majorées en faveur des membres affiliés de longue date.

Le paiement intégral de l'indemnité de décès est effectué, sans délai de carence, en cas d'accident mortel.

Le Fonds de secours interne

L'affiliation à ce fonds de secours interne est obligatoire pour tous les membres effectifs et honoraires.

Pour avoir droit aux prestations du fonds de secours interne, les membres doivent avoir été affiliés depuis trois années au moins auprès de la CGP.

Possibilité d'adhésion offerte aux deux conjoints ou partenaires légaux.

La cotisation annuelle, perçue avec la cotisation de la société, s'élève à 5,27€ (0,68€ au nombre indice 100) par membre.

A l'exception de l'allocation de naissance, toutes les demandes de remboursement sont à envoyer au plus tard pour le 31 mai de l'année subséquente à la CGP.



Secours en cas de maladie

Les ayants droit à un secours en cas de maladie sont les membres effectifs et les membres honoraires, ainsi que les enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs pour autant qu'ils bénéficient de la coassurance du chef de leur père ou mère auprès d'une caisse de maladie.

Les prestations du fonds consistent dans le remboursement partiel du découvert de **frais de soins de santé**, avancés par l'affilié au cours d'un exercice, et résultant de la différence entre le total des frais exposés et le total des frais pris en charge par l'assurance maladie légale.

Les dispositions statutaires disposent que, sous réserve des paragraphes 3 à 5 de l'article 36, le

remboursement s'élève à 25 % de la différence entre les frais exposés en 2016 et les remboursements de la caisse de maladie, avec un minimum de 348,83 € (45 € au nombre indice 100) et un maximum de 9.689,63 € (1.250 € au nombre indice 100) par membre. Le même seuil inférieur est appliqué en cas d'affiliation simultanée de deux époux ou partenaires au sens de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats.

Les demandes de prestations sont à appuyer par les décomptes de remboursements de la caisse de maladie ainsi que les quittances de pharmacie et d'autres frais médicaux ou thérapeutiques.



Allocation de naissance

L'allocation de naissance est calculée conformément au nombre-indice tel qu'il est défini par la législation afférente en vigueur au 1er octobre (cote d'application) de l'année qui précède la naissance de l'enfant. Ainsi, la prestation s'élève à 232,55 € (30 € au nombre indice 100) par enfant né en 2016 et par membre ou parent affilié. Pour les enfants nés en 2017 elle s'élève cette fois aussi à 232,55 €.

Lors d'une naissance multiple, l'allocation est payée pour chaque enfant. Elle est également allouée en cas de naissance d'un enfant naturel, d'un enfant adoptif jusqu'à l'âge de 4 ans accomplis et d'un enfant présenté sans vie.

L'allocation de naissance est allouée sur présentation d'un acte de naissance respectivement d'un acte de décès de l'enfant. En cas d'adoption, il y a lieu de présenter un nouvel acte de naissance.

Le délai de conclusion, au-delà duquel les affiliés ou leurs ayants droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires, est fixé à 3 années comptées à partir de la date de la naissance, de la présentation sans vie ou de la date du jugement prononçant l'adoption de l'enfant.



Allocation pour frais de transport en ambulance

1. Les ayants droit à une allocation pour frais de transport en ambulance sont:

- a. les membres effectifs et les membres honoraires;
- b. les enfants appartenant au ménage de l'affilié et pour lesquels sont versées les allocations familiales légales.

2. Sera pris en charge le transport en ambulance respectivement à l'intérieur du pays et à l'étranger, selon le fichier B6 et d'après les codes énumérés «Prestations de voyage et de transport» des statuts de l'Union des Caisses de Maladie et figurant respectivement à l'annexe I et à l'annexe II des statuts de la Caisse Générale de Prévoyance.

3. Sous réserve de l'application des dispositions prévues aux points 4 et 5 ci-après, la participation aux frais de transport en ambulance s'élève à la différence entre les tarifs prévus sub 2 ci-avant et les prestations de l'assurance maladie et, le cas échéant, de la Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste (CMCM).

En application de ce qui précède le montant maximal de l'allocation est calculée comme suit:

- le montant du remboursement de l'assurance maladie est déduit des tarifs ou codes figurant à l'annexe I "transport en ambulance à l'intérieur du pays";
- le montant du remboursement de l'assurance maladie et celui de la CMCM sont déduits des tarifs ou codes figurant à l'annexe II «transport en ambulance à l'étranger».

4. Toutefois, le montant total de l'allocation calculée en application du point 3 ci-avant ne peut dépasser la somme de 500 € par bénéficiaire et par année de calendrier.

5. En outre, l'allocation ne peut, en aucun cas, dépasser le découvert restant à charge de l'ayant droit, après participation de l'assurance maladie et/ou de la CMCM.

6. Pour avoir droit à l'allocation, les pièces justificatives suivantes sont à présenter:

- la demande en remboursement mise à la disposition des requérants par le secrétariat de la C.G.P.;
- l'original des factures de l'entreprise de transport d'ambulance pour les frais qui dépassent le montant pris en charge par l'assurance maladie, respectivement les copies ou photocopies des factures pour les frais avancés par l'assuré;
- les décomptes de remboursement de l'assurance maladie.

Sont à considérer comme pièces justificatives, les factures relatives aux transports précités, pour autant que ces transports aient été pris en charge par l'assurance maladie.

7. Le transport aérien et le taxi-ambulance ne sont pas pris en charge par le fonds de secours de la Caisse Générale de Prévoyance.



**LA CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE
(CGP)**

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

à votre disposition

Siège:

51, rue de Strasbourg
L-2561 Luxembourg

Secrétariat:

Bureaux ouverts: de 8.00 à 11.45
et de 13.00 à 16.45 heures

Téléphone 47 45 93

Fax 40 00 38

Info@cgp-mutuelle.lu

Retrouvez nous sur le Web

www.cgp-mutuelle.lu



CAISSE GENERALE DE PREVOYANCE

info

LA MUTUELLE POUR LA VIE

2017 // Index 775,17



CAISSE GÉNÉRALE
DE PRÉVOYANCE



Die C.G.P. stellt sich vor

Die C.G.P. ist eine Fürsorgekasse, die am 8. Februar 1880 gegründet wurde.

Sie ist vom Staat anerkannt und funktioniert unter der Kontrolle der Regierung. Das Gesetz vom 7. Juli 1961 über die auf Gegenseitigkeit beruhenden Fürsorgekassen ist auf sie anwendbar.

Als Mitglied der „Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise“ gewährleistet die C.G.P. nicht nur Sterbegelder, sondern ermöglicht ihren Mitgliedern auch sich der „Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste“, der mutualistischen Zusatzkasse, anzuschließen.

Am 1. Januar 2017 zählte die C.G.P. mehr als 43.000 Mitglieder.

Unsere Gesellschaft, seit mehr als 137 Jahren im Dienst ihrer Mitglieder, hat sich immer den Gegebenheiten des modernen Lebens angepasst. Mit ihren dynamischen Leistungen, bietet sie Ihnen u.a. die folgenden Vorteile:

Nur die in französischer Sprache im Amtsblatt „Mémorial“ veröffentlichten und vom Minister der Sozialen Sicherheit angenommenen Statuten sind bindend.

Ausgeschlossene und ausgetretene Mitglieder haben kein Anrecht auf Leistungen.

UNSERE LEISTUNGEN

Sterbegeld

Die C.G.P. hat zum Zweck, jedem Mitglied ein Sterbegeld zu gewährleisten, das sich zwischen 115,27 € und 2.305,36 € (14,87 € und 297,40 € bei Index 100) bewegt und von der Höhe des gewählten Beitrages und dem Eintrittsalter abhängt.

Die Sterbegelder werden der Entwicklung des gesetzlichen Lebenshaltungskosten-Indexes angepasst.

Auch wird das Sterbegeld der langjährigen Mitglieder erhöht.

Bei Unfall mit unmittelbarer Todesfolge wird das volle Sterbegeld ohne Karenzzeit ausgezahlt.

Die Interne Unterstützungskasse der C.G.P.

Die C.G.P. hat auch eine **Unterstützungskasse** mit folgendem Zweck:

- Unterstützung im Krankheitsfall,
- Geburtenzulage und
- Unterstützung für Ambulanztransportkosten.

Die Zugehörigkeit zu dieser Unterstützungskasse ist obligatorisch für alle Mitglieder und Ehrenmitglieder.

Beide Ehepartner haben die Möglichkeit, sich separat zu versichern.

Der Jahresbeitrag beträgt 5,27 € (0,68 € bei Index 100) pro Mitglied und wird mit dem Gesellschaftsbeitrag erhoben.

Um Anrecht auf die in den nachfolgenden Artikeln erwähnten Leistungen zu haben, **müssen die Mitglieder seit wenigstens drei Jahren bei der C.G.P. versichert sein.**

Außer für die Geburtenzulage, sind die Unterstützungsgesuche mit den Belegen des jeweiligen Kalenderjahres der C.G.P. bis zum **31. Mai des darauf folgenden Jahres** vorzulegen.



Unterstützung im Krankheitsfall

Für eine Unterstützung im Krankheitsfall sind folgende Personen bezugsberechtigt:

- das Mitglied und das Ehrenmitglied;
- die ehelichen, für ehelich erklärten und nicht-ehelichen Kinder,
- sowie die Adoptivkinder, sofern sie bei der Krankenkasse ihres Vaters oder ihrer Mutter mitversichert sind.

Die Leistungen des Fonds bestehen in der teilweisen Rückzahlung ungedeckter Krankheitskosten, die vom Mitglied im Lauf eines Haushaltsjahres gezahlt wurden und sich aus dem Unterschied zwischen den Gesamtkosten und den Gesamtzahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben.

Die Leistung beträgt 25 % des Unterschiedes zwischen den nachgewiesenen Kosten des Jahres 2016 und der Summe der Rückzahlungen der Krankenkasse mit einem Minimum von 348,93 € (45 € bei Index 100) und einem Maximum von 9.689,63 € (1.250 € bei Index 100) und dies pro Mitglied.

Derselbe Mindestbetrag wird bei gleichzeitiger Zugehörigkeit der Eheleute oder Partner im Sinne des Gesetzes des 9. Juli 2004 angewandt.

Als Belege gelten die Abrechnungen der Krankenkasse sowie die Rechnungen die sich auf Heilkosten beziehen, soweit sie von den gesetzlichen Krankenkassen genehmigt wurden.

Im Ausland ausgestellte Rechnungen werden nach den in Luxemburg geltenden Tarifen berechnet.



Geburtenzulage

Die Geburtszulage wird dem Mitglied bei der Geburt eines Kindes gewährt.

Bei Mehrlingsgeburten wird für jedes Kind die volle Geburtszulage gewährt.

Die Leistung beträgt 232,55 € (30 € bei Index 100) pro Kind welches im Jahr 2016 geboren wurde und 232,55 € für ein im Jahr 2017 geborenes Kind. Sind beide Elternteile in der CGP versichert, verdoppelt sich die Zulage.

Die Geburtszulage wird laut dem gesetzlichen Indexstand des 1. Oktober (cote d'application) des jeweils der Geburt des Kindes vorausgehenden Jahres berechnet.

Die Geburtszulage wird ebenfalls gewährt bei der Geburt eines unehelichen Kindes, bei der

Adoption eines Kindes bis zum vierten Lebensjahr und bei der Totgeburt eines Kindes.

Die Geburtszulage wird bei Vorlage einer Geburtsurkunde, bzw. einer Urkunde über die Totgeburt gewährt. Bei Adoption ist zusätzlich eine Abschrift der neuen Geburtsurkunde beizufügen.

Der Stichtag, nach dem die Mitglieder oder andere Bezugsberechtigte keine Ansprüche mehr auf die satzungsgemäßen Leistungen geltend machen können, wird auf 3 Jahre festgelegt, dies ab dem Datum der Geburt, der Anmeldung eines nach der Geburt verstorbenen Kindes oder des Adoptionsurteils.



Unterstützung für Ambulanztransportkosten

1. Für eine Unterstützung für Ambulanztransportkosten sind folgende Personen bezugsberechtigt:

- a. das wirkliche Mitglied und das Ehrenmitglied;
- b. die Kinder, die zum Haushalt des Mitglieds gehören und für welche es gesetzliche Kinderzulagen bezieht.

2. In Betracht gezogen werden die Ambulanztransportkosten im Landesinnern sowie im Ausland, gemäß der Datei B6 und gemäß den Kodierungen welche in der Rubrik „Prestations de

voyage et de transport“ der Satzungen der „Union des Caisses de Maladie“ aufgeführt sind, sowie in den Anlagen I und II der Satzungen der „Caisse Générale de Prévoyance“.

3. Unter Berücksichtigung der Bestimmungen der folgenden Punkte 4 und 5, entspricht die zu gewährende Unterstützung für Ambulanztransportkosten der Differenz zwischen den unter vorangegangenen Punkt 2 vorgesehenen Tarifen und der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung und gegebenenfalls durch die „Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste“.

Dementsprechend wird der Höchstbetrag der Unterstützung wie folgt berechnet:

- von den Tarifen die den Kodierungen entsprechen die in folgender Anlage I „transport en ambulance à l'intérieur du pays“ aufgelistet sind, wird der Betrag der Rückerstattung durch die Krankenversicherung abgezogen;
- von den Tarifen die den Kodierungen entsprechen die in folgender Anlage II „transport en ambulance à l'étranger“ aufgelistet sind, wird der Betrag der Rückerstattung sowohl durch die Krankenversicherung als auch durch die „Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste“ abgezogen.

4. Pro Kalenderjahr und pro Bezugsberechtigten kann der Höchstbetrag der Unterstützung, nach Berechnung entsprechend der Bestimmungen des vorgangenen Punktes 3, die Summe von 500 € nicht überschreiten.

5. Außerdem kann die Unterstützung auf keinen Fall die Aufwendungen überschreiten, welche dem Berechtigten entstehen, dies nach Abzug der Leistungen der Krankenversicherung sowie der „Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste“.

6. Um Recht auf die in diesem Artikel vorgesehenen Unterstützung zu haben, sind folgende Dokumente vorzulegen:

- ein vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllter Rückerstattungsantrag welcher beim Sekretariat der „Caisse Générale de Prévoyance“ zu beziehen ist;
- das Original der Rechnungen des Ambulanzunternehmens für die Kosten, die den Betrag der von der Krankenversicherung direkt übernommenen Summe überschreiten, beziehungsweise die Kopien oder Fotokopien der

Rechnungen für die Kosten, welche vom Versicherten vorgestreckt wurden;

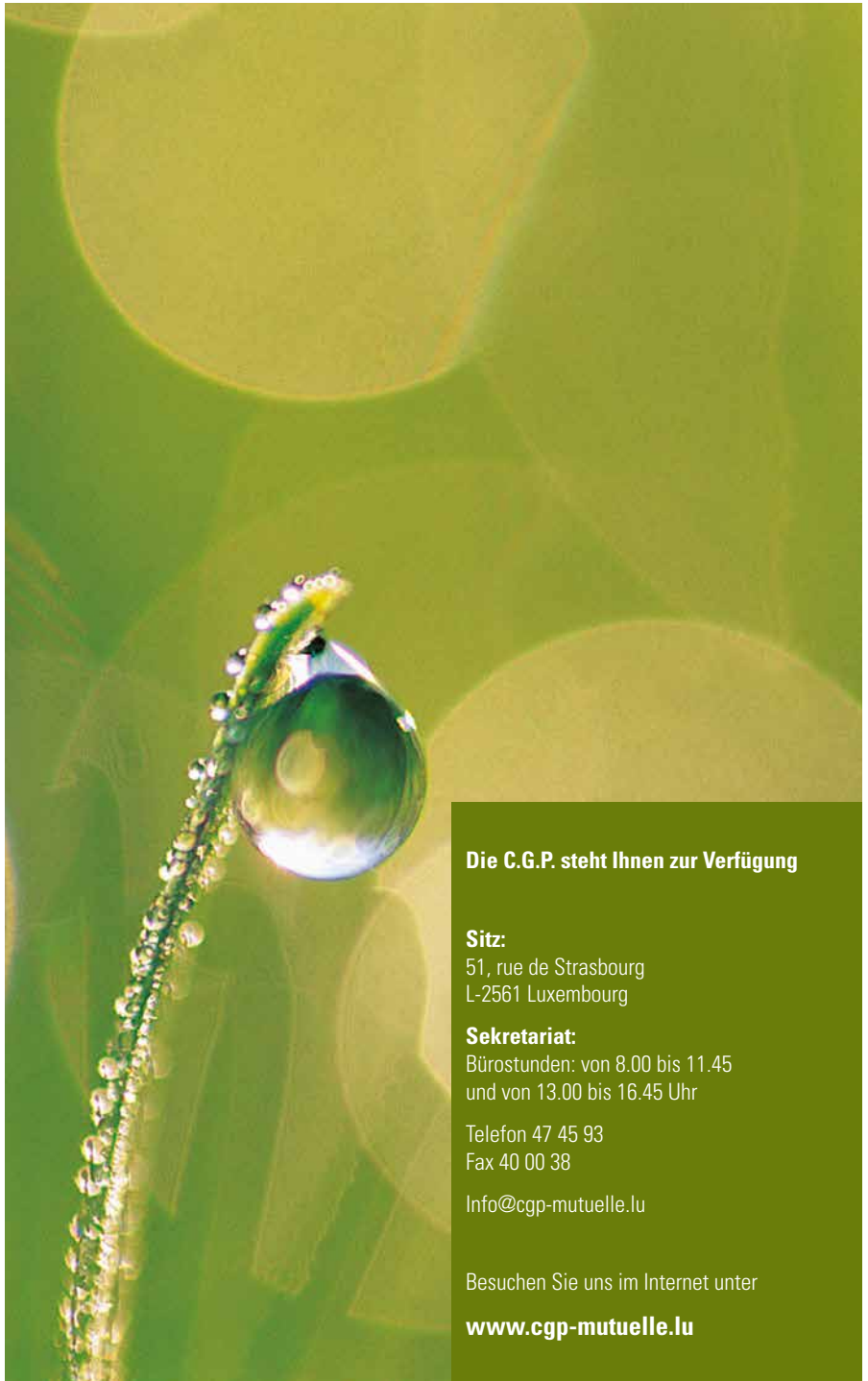
- die Rückerstattungsabrechnungen der Krankenversicherung.
- Sind als beweiskräftige Unterlagen anzusehen, die Rechnungen welche sich auf die vorerwähnten Transporte beziehen, insofern diese Transporte von der Krankenversicherung übernommen werden.

7. Die Kosten für Lufttransporte und Ambulanztaxen werden nicht durch die interne Unterstützungskasse der „Caisse Générale de Prévoyance“ übernommen.

Wichtige Mitteilung:

Unterzeichnen Sie eine **zusätzliche Versicherung** für Ihren Ehepartner oder **gesetzlich eingetragenen Partner**. Ihr Partner kann dann sämtliche Leistungen der „Caisse Générale de Prévoyance“ in Anspruch nehmen, wie das Sterbegeld und insbesondere die Leistungen unserer Internen Unterstützungskasse. Die erforderliche Beitrittserklärung wird Ihnen auf Wunsch durch unser Sekretariat **zugestellt**. Zwecks weiterer Auskunft und Auszahlung der statutarischen Leistungen wende man sich an unser Sekretariat. Bürozeiten von 8.00 bis 11.45 und von 13.00 bis 16.45 Uhr.

Die Gesundheits- und Sterbekasse aller Klassen und Berufe.



Die C.G.P. steht Ihnen zur Verfügung

Sitz:

51, rue de Strasbourg
L-2561 Luxembourg

Sekretariat:

Bürostunden: von 8.00 bis 11.45
und von 13.00 bis 16.45 Uhr

Telefon 47 45 93

Fax 40 00 38

Info@cgp-mutuelle.lu

Besuchen Sie uns im Internet unter

www.cgp-mutuelle.lu