



CAISSE GENERALE DE
PREVOYANCE
51, RUE DE
STRASBOURG
L-2561 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

Siège social : L-2561 Luxembourg, 51, rue de Strasbourg

Tél. : 47 45 93

Fax : 40 00 38

info@cgp-mutuelle.lu

www.cgp-mutuelle.lu

A REMPLIR PAR LA CAISSE

DATE D'ENTREE :

1ER ASSURE : COT ACT. COT N.I. 100

2ÈME ASSURE : COT ACT. COT N.I. 100

BULLETIN D'ADHÉSION¹

1^{er} Assuré

2^{ème} Assuré

Civilité M. Mme

M. Mme

Nom et Prénom

.....

Date et lieu de naissance

.....

Nationalité

.....

Etat civil Célibataire Marié(e)

Célibataire Marié(e)

Partenaire² Divorcé(e)

Partenaire² Divorcé(e)

Veuf(ve)

Veuf(ve)

Langue choisie³: FR ALL ANG

FR ALL ANG

Tél. privé

.....

E-mail

.....

Adresse (N°, rue, code, localité)

.....

Montant de l'assurance €

€

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA (B2C)

1^{er} assuré Je soussigné (e) (Nom et Prénom)

2^{ème} assuré Je soussigné (e) (Nom et Prénom)

Réf. du mandat (réservé à la caisse) (matricule CGP, numéro de membre CGP)

autorise la Caisse Générale de Prévoyance à débiter mon / notre compte pour le montant de la cotisation annuelle avec droit au remboursement. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon/notre compte.

Code BIC/SWIFT

IBAN

Créancier Caisse Générale de Prévoyance 51, rue de Strasbourg - L-1251 Luxembourg

Identifiant du Créancier **LU62ZZZ0000000008398001001**

Nous garantissons par la présente que vos données personnelles seront protégées conformément aux règles mises en place par la Commission Nationale de Protection des Données et aux dispositions de la loi luxembourgeoise du 1er août 2018.

Fait à le

(Signature 1^{er} Assuré)

(Signature 2^{ème} Assuré)

¹ Pour choisir le montant de l'assurance, veuillez consulter le tableau annexé

² Joindre une attestation

³ Joindre copie d'une pièce d'identité