

VOS COORDONNEES

1^{er} Assuré

2^{ème} Assuré

Civilité	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme		
Nom et Prénom	_____		_____			
Date et lieu de naissance	_____		_____			
Nationalité ¹	_____		_____			
Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)		
	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Partenaire ²	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Partenaire ²		
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)		<input type="checkbox"/> Veuf(ve)			
Langue choisie	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> ALL	<input type="checkbox"/> ANG	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> ALL	<input type="checkbox"/> ANG
Tél. privé	_____		_____			
E-mail	_____		_____			
Adresse (N°, rue, code, localité)	_____		_____			
Montant de l'assurance ³	<input style="border: 2px solid green;" type="text"/>	€	<input style="border: 2px solid green;" type="text"/>	€		

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE 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 CGP) _____ (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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Créancier	Caisse Générale de Prévoyance 51, rue de Strasbourg - L-2561 Luxembourg
Identifiant du Créancier	LU62ZZZ000000008398001001

Fait à _____ le _____
 (Signature 1^{er} Assuré) (Signature 2^{ème} Assuré)

¹ Joindre copie d'une pièce d'identité
² Joindre une attestation
³ Pour choisir le montant de l'assurance, veuillez consulter le tableau annexé

Nous garantissons 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.

A REMPLIR PAR LA CGP	DATE D'ENTREE :
1 ^{er} Assuré : <input type="text"/> COT ACT. <input type="text"/> COT N.I. 100 <input type="text"/>	2 ^{ème} Assuré : <input type="text"/> COT ACT. <input type="text"/> COT N.I. 100 <input type="text"/>