

VOS COORDONNÉES

	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	_____	_____
État civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Partenaire ² <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Partenaire ² <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 assuré ³	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Si vous avez des enfants à charge, nous vous prions de bien vouloir compléter les données requises au verso du présent bulletin d'adhésion.

Comment avez-vous entendu parler de nous ? Réseaux sociaux Bouche-à-oreille CMCM Site internet
 Publicité Si oui, laquelle: _____
 Autre: _____

DOMICILIATION SEPA

Réf. du mandat (réservé à la CGPM) _____ (matricule CGPM, numéro de membre CGPM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste.

Remarque : Vous bénéficiez d'un droit à un remboursement dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Code BIC/SWIFT	_____
IBAN	_____
Type d'encaissement :	<input type="checkbox"/> Récurrent (peut être utilisé plusieurs fois) <input type="checkbox"/> Unique
Créancier	Caisse Générale de Prévoyance Mutualiste 32-34, rue de Hollerich – L-1740 Luxembourg
Identifiant du Créancier	LU62ZZZ000000008398001001

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 1^{er} août 2018.

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 assuré, veuillez consulter le tableau annexé

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

ENFANT(S) À CHARGE

	<u>NOM</u>	<u>PRÉNOM</u>	<u>DATE DE NAISSANCE</u>
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			