

## Responsabilité civile professionnelle et assistance juridique pour les profession de la santé

Comme il s'agit d'une assurance à titre personnel, la demande d'adhésion se fait à l'aide du formulaire ci-dessous:

Nom :

Prénom :  Date de naissance :

Rue :

Code Postal :  Localité :

Pays :

Tél. / GSM :  E-mail :

Matricule de membre (si disponible) :

Employeur :

Métier / Fonction :   
(prière d'indiquer l'intitulé exact)

Veillez s.v.p. nous signaler dans les meilleurs délais tout changement d'adresse, d'employeur ou de métier.

Afin de pouvoir bénéficier de cette protection professionnelle, il faut obligatoirement être affilié au LCGB moyennant la cotisation de 19,40 € par mois (assurance incluse dans la cotisation). Avec votre signature, vous déclarez d'avoir pris connaissance des statuts du LCGB, en comprendre la teneur et accepter les règles et principes y énoncés.

Fait à ....., le ..... Signature : .....

Votre signature apposée ci-dessous autorise le LCGB à traiter vos données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables régissant la protection des données à caractère personnel (depuis le 25 mai 2018, le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données). Pour plus d'informations relatives au traitement des données personnelles, veuillez consulter les conditions générales sur [www.lcgb.lu](http://www.lcgb.lu).

Veillez renvoyer le formulaire au

**LCGB**  
**Céline CONTER**  
**B.P. 1208**  
**L-1012 Luxembourg**