

LCGB-INFO



**Responsabilité civile
professionnelle et
assistance juridique**

**Berufshaftpflicht
und Rechtshilfe**



**Professions de Santé
Gesundheitsberufe**

Responsabilité civile professionnelle et assistance juridique pour les professions de santé

En tant que membre du LCGB, vous pouvez bénéficier d'une couverture responsabilité civile professionnelle ainsi que d'une assistance juridique (défense et recours*).

Cette assurance s'applique à l'assuré étant titulaire du diplôme requis et, le cas échéant, des autorisations obligatoires pour exercer sa profession de santé au Grand-Duché de Luxembourg. L'assuré doit être actif dans cette profession sur le territoire luxembourgeois. Ne sont pas couverts les sages-femmes.

*Dans les limites accordées par le contrat.

Cette assurance englobe :

1 Une responsabilité civile professionnelle
(non cumulable avec la responsabilité civile privée)

2 Une assistance juridique pour la défense en matière du Code pénal
(cumulable avec l'assistance juridique réalisée à titre privé)

Honoraires d'avocat

Frais de justice

Tous les frais incombant à une opposition, un appel ou une révision

Berufshaftpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

Als LCGB-Mitglied können Sie von einer Berufshaftpflicht und einer Rechtshilfe profitieren (Verteidigung und Berufung*).

Diese Versicherung gilt für all diejenigen, die ein entsprechendes Diplom haben und die erforderlichen Berechtigungen, um einen Gesundheitsberuf in Luxemburg auszuüben. Der Versicherte muss aktiv in einem Gesundheitsberuf im Großherzogtum Luxemburg tätig sein. Hebammen sind von dieser Versicherung ausgeschlossen.

*Im Rahmen der Vertragsbedingungen

Diese Versicherung deckt folgende Aspekte ab:

1 Die Berufshaftpflicht
(nicht mit der privaten Haftpflicht kombinierbar)

2 Rechtshilfe im Falle einer Strafanzeige
(mit der privaten Rechtsschutzversicherung kombinierbar)

Anwalts honorare

Gerichtskosten

Alle Kosten, im Falle eines Einspruchs, einer Berufung oder einer Revision

Vos contacts LCGB / Ihre LCGB Kontakte



Céline CONTER
Secrétaire syndicale
Gewerkschaftssekretärin
☎ +352 49 94 24-243
☎ +352 691 733 027
✉ cconter@lcgb.lu



Tiago DA SILVA
Assistant syndical
Gewerkschaftsassistent
☎ +352 49 94 24 244
☎ +352 691 733 024
✉ tdsilva@lcgb.lu



Carlo WAGENER
Secrétaire syndical
Gewerkschaftssekretär
☎ +352 49 94 24 204
☎ +352 691 733 020
✉ cwagener@lcgb.lu

LCGB INFO-CENTER

☎ +352 49 94 24-222

Lu-Ve/Mo-Fr (sauf mercredi après-midi/
außer Mittwochnachmittag)

8:30 – 12:00 et/und 13:00 – 17:00

✉ infocenter@lcgb.lu



LCGB-SANTÉ, SOINS ET SOCIO-ÉDUCATIF

Responsabilité civile professionnelle et assistance juridique pour les profession de 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 : _____

Rue : _____

Code Postal : _____

Pays : _____

Tél. / GSM : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

Localité : _____

Métier / Fonction : _____

(prière d'indiquer l'intitulé exact)

Matricule de membre (si disponible) : _____

Employeur : _____

Veuillez 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 20,40 € 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 apposee 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.

Veuillez renvoyer le formulaire au

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



HAUT ASS MUEP.
AUJOURD'HUI, C'EST DEMAIN.

LCGB - Gestion Membres
BP 1208 • L-1012 Luxembourg
☎ 49 94 24-410 / -412 • 📠 49 94 24-449
www.lcgb.lu
membres@lcgb.lu

BULLETIN D'AFFILIATION MERCİ DE REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

Je soussigné(e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

Code postal : _____

Date de naissance : _____ / JOUR / MOIS / ANNEE

Lieu de naissance : _____

Tél. privé : _____

Nom employeur : _____

Adresse : (rue / code / localite) _____

N° : _____

Pays : _____

Extension matricule CNS : _____

Nationalité : _____

E-mail privée : _____

(cases à remplir par le LCGB)

Affiliation supplémentaire	Statut	Recruteur
<input type="checkbox"/> CSC	Salarié - activités manuelles <input type="checkbox"/>	Nom : _____
<input type="checkbox"/>	Salarié - activités admin. et tech. <input type="checkbox"/>	Prénom : _____
<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire <input type="checkbox"/>	N° LCGB : _____
<input type="checkbox"/>	Act. sans emploi <input type="checkbox"/>	Employeur : _____

Code BIC/SWIFT : _____

IBAN : _____

Paiement récurrent : mensuel semestriel annuel

cocher les cases correspondantes

DOMICILIATION VIREMENT CESSİON / SALAIRE

Mandat Core Sept Direct Debit (avec une cotisation réduite STARTER de 14 € / mois pour la 1^{ère} année d'affiliation) (sur demande)

En signant ce formulaire de mandat SDD-CORE, vous autorisez le LCGB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du LCGB.

Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte ;
- dans les 13 mois suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement non autorisé.

Créancier LCGB / 11, rue du Commerce / L-1351 LUXEMBOURG

Identifiant de créancier LU47ZZZ000000008699001001

Je déclare avoir pris connaissance des statuts du LCGB, en comprendre la teneur et accepter les règles et principes y énoncés.

Voire signature apposee ci-dessous autorise le LCGB et la VITA 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.

Fait à _____, le _____, Signature _____



LCGB-GESUNDHEIT, PFLEGE UND SOZIO-EDUKATIVE BERUFE

Berufshaftpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

HAUT ASS MUIER.
AUJOURD'HUI, C'EST DEMAIN.

Da es sich um eine persönliche Versicherung handelt, müssen Sie das untenstehende Formular ausfüllen:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Land:

Tel. / Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Ort:

LCGB-Mitgliedsnummer (falls vorhanden):

Arbeitgeber:

Beruf / Funktion:

(Geben Sie bitte die genaue Bezeichnung an)

Teilen Sie uns bitte jede Änderung der Anschrift, des Arbeitgebers und des Berufes so schnell wie möglich mit.

Um Anspruch auf diese Versicherung zu haben, müssen Sie LCGB-Mitglied sein und den vollen Mitgliedsbeitrag von 20,40 € pro Monat bezahlen (Versicherung im Betrag mit eingeschlossen). Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Statuten des LCGB zur Kenntnis genommen zu haben, den Inhalt verstanden zu haben sowie den Regeln und Grundsätzen zuzustimmen.

Ausgeführt in , **am** **Unterschrift**

Mit untenstehender Unterschrift, erlauben Sie dem LCGB, Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten zu verarbeiten (seit dem 25. Mai 2018 gültige EU-Verordnung 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr). Weitere Informationen zur Nutzung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in den allgemeinen Bestimmungen unter www.lcgb.lu.

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

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an



LCGB - Mitgliederverwaltung
BP 1208 • L-1012 Luxembourg
☎ 49 94 24-410 / -412 • 📠 49 94 24-449
www.lcgb.lu
membres@lcgb.lu

BEITRITTSERKLÄRUNG

FORMULAR BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Ich Unterzeichnede(r):

Name:

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

N°:

Land:

Geburtsdatum:

Endziffern CNS-Kennn°:

Geburtsort:

Nationalität:

Private E-Mail:

Arbeitgeber Name:

Adresse: (Straße / Postleitzahl / Ort)

(wird vom LCGB ausgefüllt)

Zusätzlicher Beitritt	Statut	Werber
CSC <input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer - manuelle Tätigkeit <input type="checkbox"/>	Name: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer - admin. und tech. Tätigkeit <input type="checkbox"/>	Vorname: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Beamter <input type="checkbox"/>	LCGB N°: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	aktuell arbeitslos <input type="checkbox"/>	Arbeitgeber: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Student <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Auszubildender <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Hausfrau / -mann <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rentner <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Code BIC/SWIFT:

IBAN:

Wiederholende Zahlungsart: monatlich halbjährlich jährlich

bitte Zutreffendes ankreuzen

BANKEINZUG **ÜBERWEISUNG** **LOHNABTRETUNG**

Mandat Core Sepa Direct Debit (auf Anfrage)

Mit der Unterschrift des Formulars für das SDD-CORE Mandat ermächtigen Sie den LCGB die Instruktionen zwecks Kontenbelastung an Ihre Bank weiterzugeben sowie Ihre Bank, Ihr Konto gemäß LCGB-Instruktionen zu belasten.

Sie profitieren von einem Rückzahlungsrecht seitens Ihrer Bank. Eine Anfrage für die Rückzahlung sollte erfolgen:

- innerhalb von 8 Wochen ab dem Kontenbelastungsdatum;
- innerhalb von 13 Monaten ab dem Kontenbelastungsdatum für eine nicht autorisierte Abbuchung.

Zahlungsempfänger **LCGB / I. rue du Commerce / L-1351 LUXEMBOURG**

Identifikationsnummer **LU47ZZZ000000008699001001**

Ich bestätige hiermit, dass ich die Statuten des LCGB zur Kenntnis genommen, den Inhalt verstanden habe sowie den Regeln und Grundsätzen zustimme.

Mit untenstehender Unterschrift, erlauben Sie dem LCGB und der VITA, Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten zu verarbeiten (seit dem 25. Mai 2018 gültige EU-Verordnung 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr). Weitere Informationen zur Nutzung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in den allgemeinen Bestimmungen unter www.lcgb.lu.

Ausgeführt in , am **Unterschrift**