

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)

Anwaltshonorare

Gerichtskosten

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

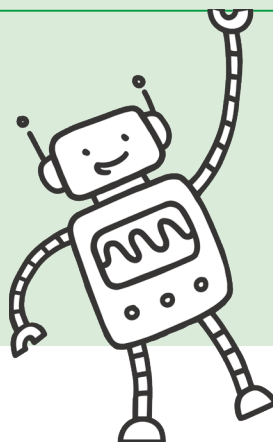
LCGB INFO-CENTER

📞 +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





Responsabilité civile professionnelle et assistance juridique pour les profession de santé

LCGB-SANTÉ, SOINS ET SOCIO-ÉDUCATIF

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 :

Matricule de membre (si disponible) :

Employeur :

Métier / Fonction :

(prière d'indiquer l'intitulé exact)

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 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.

Veuillez renvoyer le formulaire au

LCGB
Mandy NOESEN
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

MERCI DE REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Rue :

Code postal :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Tél. privé :

Nom employeur :

Adresse : (rue / code / localité)

Localité :

N° :

Pays :

Extension matricule CNS :

Nationalité :

E-mail privée :

Affiliation supplémentaire	Statut	Recruteur
CSC ☐	Salarié - activités manuelles ☐	Nom :
	Salarié - activités admin. et tech. ☐	Prénom :
	Fonctionnaire ☐	N° LCGB :
	Act. sans emploi ☐	Employeur :

Code BIC/SWIFT :

IBAN :

Paiement par domiciliation récurrent : mensuel ☐ semestriel ☐ annuel ☐

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

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

LU47ZZZ0000000008699001001

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

Votre signature apposée ci-dessous autorise le LCGB et la LUXWILL Mutuelle 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

Berufshafterpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

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

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ:	
Land:	
Tel. / Mobil:	
E-Mail:	

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.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an

LCGB
Mandy NOESEN
B.P. 1208
L-1012 Luxembourg



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 GROSSEBUCSTABEN AUSFÜLLEN

Ich Unterzeichne(r):

Name:	
Vorname:	
Straße:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
geburtsdatum:	
geburtsort:	
Privattelefon:	
Arbeitgeber Name:	
Adresse: (Straße / Postleitzahl / Ort)	

Zusätzlicher Beitritt	Statut	Werber
CSC	Arbeitnehmer - manuelle Tätigkeit	Name:
	Arbeitnehmer - admin. und tech. Tätigkeit	Vorname:
	Beamter	LCGB N°:
	aktuell arbeitslos	Arbeitgeber:

Code BIC/SWIFT:

IBAN:

Wiederholender Bankeinzug: monatlich halbjährlich jährlich

Mandat Core Sepa Direct Debit
(inklusive eines ermäßigten Beitrags STARTER in Höhe von 14 € / Monat für das 1. Jahr Mitgliedschaft)

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 LU47ZZZZ0000000008699001001

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 LUXMILL Mutuelle, 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