



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 : 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 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.

Veillez renvoyer le formulaire au

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



Berufshaftpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

LCGB-GESUNDHEIT, PFLEGE UND SOZIO-EDUKATIVE BERUFE

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

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße:

PLZ: Ort:

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