

04/2025

# PROFESSIONS DE SANTÉ GESUNDHEITSBERUFE



**Responsabilité civile professionnelle et  
assistance juridique**

**Berufshaftpflicht und Rechtshilfe**



## 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



### 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@lrgb.lu](mailto:infocenter@lrgb.lu)



# Responsabilité civile professionnelle et assistance juridique pour les professions 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 :

Date de naissance :  /  /

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 22 € 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).

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

Veillez renvoyer le formulaire au



LCGB - Gestion Membres  
BP 1208 • L-1012 Luxembourg  
☎ +352 49 94 24-421  
✉ [membres@lcgb.lu](mailto:membres@lcgb.lu)

[WWW.LCGB.LU](http://WWW.LCGB.LU) | [f](https://www.facebook.com/lcgb) [i](https://www.instagram.com/lcgb) [in](https://www.linkedin.com/company/lcgb) [yt](https://www.youtube.com/channel/UCqB_Luxembourg) [v](https://www.youtube.com/channel/UCqB_Luxembourg)

## BULLETIN D'AFFILIATION

MERCI DE REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

(cases à remplir par le LCGB)

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Rue :

N° :

Pays :

Code postal :

Localité :

Extension matricule CNS :

Date de naissance :  /  /  / ANNEE

Nationalité :

Lieu de naissance :

E-mail privée :

Tél. privé :

Nom employeur :

Adresse : (rue / code / localité)

Affiliation supplémentaire	Statut	Recruteur
<input type="checkbox"/> Salarie - activités manuelles	<input type="checkbox"/> Etudiant	Nom : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Salarie - activités admin. et tech.	<input type="checkbox"/> Apprenti	Prénom : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Rentier	N° LCGB : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Act. sans emploi		Employeur : <input type="text"/>

Code BIC/SWIFT :

IBAN :

Paiement par domiciliation récurrent : mensuel  semestriel  annuel

Mandat Core Sepa Direct Debit  
(avec une cotisation réduite STARTER de 15,60 €/mois pour la 1<sup>ère</sup> 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 : LU47ZZZ000000008699001001

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 LUXMILL 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](http://www.lcgb.lu).

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



LCGB-GESUNDHEIT, PFLEGE & SOZIALPÄDAGOGIK

## Berufshaftpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

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 22 € 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](http://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  
☎ +352 49 94 24-421  
✉ [membres@lcgb.lu](mailto:membres@lcgb.lu)

[WWW.LCGB.LU](http://WWW.LCGB.LU) | [f](https://www.facebook.com/lcgb.lu) LCGB.LU | [i](https://www.instagram.com/lcgb.lu) LCGB | [y](https://www.youtube.com/channel/UCqgB-luxembourg) lcgb\_luxembourg

## BEITRITTSERKLÄRUNG

### FORMULAR BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Ich Unterzeichneme(r):

Name:

Vorname:

Straße:  N°:

Postleitzahl:  Wohnort:  Land:

Geburtsdatum:  /TAG /MONAT /JAHR Endziffern CNS-Kennm°:

Geburtsort:  Nationalität:

Privattelefon:  Private E-Mail:

Arbeitgeber Name:

Adresse: (Strasse / Postleitzahl / Ort)

(wird vom LCGB ausgefüllt)

Zusätzlicher Beitritt	Statut	Werber
<input type="checkbox"/> CSC (für belgische Grenzgänger)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer - manuelle Tätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer - admin. und tech. Tätigkeit <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> aktuell arbeitslos	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Arbeitgeber:

Code BIC/SWIFT:

IBAN:

**Wiederholender Bankeinzug:**  monatlich  halbjährlich  jährlich

Mandat Core Sepa Direct Debit  
(inklusive eines ermäßigten Beitrags STARTER in Höhe von 15,60 €/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. 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 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](http://www.lcgb.lu).

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