

Demande d'adhésion à l'assurance RC Groupe CGFP

Preneur d'assurance

Nom: _____ M. Mme

Prénom: _____ Date de naissance: _____
jour mois année

Etat civil: _____ Nationalité: _____

Adresse: _____ N°: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Fonction / Administration: _____

Tél. privé: _____ Tél. bureau: _____

GSM: _____ E-mail: _____

Garanties	Risque A <input type="checkbox"/>	Risque B <input type="checkbox"/>	Risque C <input type="checkbox"/>
	<small>(prière de cocher la catégorie de risque souhaitée)</small>		
Responsabilité Civile Vie Privée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Responsabilité Civile Professionnelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Protection Juridique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Protection Juridique PLUS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prime annuelle TTC	12 €	39 €	65 €

Montants assurés:

Responsabilité Civile (vie privée et professionnelle)		Protection Juridique	
Dommages corporels	12.500.000 €	> en relation avec la garantie RC	25.000 €
Dommages matériels	1.250.000 €	> pollution / litige de voisinage	4.000 €
Frais de sauvetage, intérêts et frais d'actions civiles	2.500.000 €	> cautionnement	25.000 €
Protection Juridique PLUS		> insolvabilité des tiers	10.000 €
Défense dans le cadre contractuel et extra-contractuel	12.500 €	> frais de recherche enfants	12.500 €

Motif d'établissement

Date d'effet: _____ Nouvelle affaire:
jour mois année

Changement du risque: vers Autre modification: _____

Autorisation d'encaissement

J'autorise **CGFP-Services a.s.b.l.** à encaisser la prime annuelle par prélèvement de mon compte.

N° IBAN: LU _____ auprès de (BIC): _____

De convention expresse et conformément à la loi du 2 avril 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, le preneur d'assurance autorise Baloise Assurances Luxembourg S.A. à enregistrer et à traiter les données qu'il lui a communiquées, ainsi que celles qu'il lui communiquera ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter les contrats d'assurance, de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude. Le responsable du traitement est Baloise Assurances Luxembourg S.A. Il peut communiquer ces données à des tierces personnes dans le cas et conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 111-1 de la loi du 6 décembre 1991 sur le secteur des assurances consacrant le secret professionnel en matière d'assurances. Le preneur d'assurance dispose d'un droit d'accès et de rectification concernant ses données, qu'il pourra exercer en adressant une demande écrite à l'adresse du responsable du traitement.

Fait à : _____ le _____
jour mois année

Signatures: Le preneur d'assurance

Pour CGFP-Services a.s.b.l.



Prière de renvoyer à: CGFP-SERVICES a.s.b.l. - BOÎTE POSTALE 210 - L-2012 Luxembourg