

DEMANDE D'ADMISSION - Mutuelle du Personnel du Groupe POST Luxembourg

N.B. L'adhésion à une mutuelle est obligatoire pour devenir membre de la CMCM. Pour valider la demande d'admission à la Mutuelle, la première cotisation est à régler immédiatement par vos soins.

Je soussigné(e) (nom et prénom)

No SAP.....

Adresse

né(e) leà

En cas de nouvelle demande

Sollicite mon admission comme membre *

Sollicite l'admission de mon conjoint/partenaire comme membre *

(*) cochez la case correspondante

Date d'engagement ou de ma nomination définitive.....

En cas d'admission du conjoint(e)/partenaire

Date du mariage/PACS:

Nom et prénom de mon/ma conjoint(e) / partenaire.....

En cas de décès du conjoint/partenaire

oui, je souhaite rester membre

Domiciliation SEPA - 9€ par membre/an²(Règlement CE 260/2012 – 248/2014) - 18€ en cas de demande avec conjoint ou partenaire

Je soussigné(e) déclare par la présente être d'accord à ce que les cotisations dues à la Mutuelle du Personnel du Groupe POST Luxembourg soient défalquées annuellement de mon

CCPLLULL IBAN

Nom et prénom:

Luxembourg, le ___/___/_____

(signature)

Uniquement les CCP seront pris en compte pour la domiciliation. En cas de compte d'un autre établissement bancaire, nous vous prions de bien vouloir établir un ordre permanent sur le compte chèque postal de la Mutuelle : LU26 1111 0108 8824 0000.

Retour de la demande à :

Mutuelle du Personnel du Groupe POST Luxembourg

38, Place de la Gare / L-1616 Luxembourg (ou postmutuelle@post.lu)