

DEMANDE D'ADHESION FÉDUSE-CGFP

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Titre* : Madame Monsieur Date de naissance : ____ / ____ / ____

Rue et numéro : _____

Code postal et localité : _____ Pays : _____

Tél. privé : _____ GSM : _____ Tél. bureau : _____

Email professionnelle : _____ Abonnement newsletter*

Email privée : _____ Abonnement newsletter*

Statut* : Fonctionnaire Employé(e) Fonctionnaire-stagiaire

Lycée resp. institut ou service : _____

Groupe de traitement : A1 (p.ex. professeur) A2 (p.ex. professeur d'enseignement technique)

Situation professionnelle* : Actif(ve) Retraité(e)

CONSENTEMENT :

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données à caractère personnel. Par la présente, j'autorise, sur base d'un consentement libre et éclairé, la FEDUSE/Enseignement et la CGFP à traiter mes données à caractère personnel dans le cadre des finalités exprimées dans le présent document et à transférer à ses sous-traitants. Le/la membre est en droit de retirer, à tout moment, son consentement. Le retrait du consentement est à faire parvenir par écrit à la FEDUSE/Enseignement.

Lieu et date : _____

Signature : _____

La cotisation annuelle s'élève actuellement à 80 € (resp. 35 € pour les retraité(e)s).

Prière de remplir l'ordre de domiciliation SEPA qui est joint à ce formulaire.

CGFP Services

Je souhaite recevoir une documentation sur les services CGFP suivants** :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Epargne-logement BHW | <input type="checkbox"/> Foyer de jour <i>Kaweechelchen</i> (Luxembourg) | <input type="checkbox"/> Assurance Vie |
| <input type="checkbox"/> Prêt-logement BHW | et <i>Am Butzennascht</i> (Ingeldorf) | <input type="checkbox"/> Prévoyance-vieillesse |
| <input type="checkbox"/> Prêt personnel | <input type="checkbox"/> Fondation CGFP de Secours | <input type="checkbox"/> Assurance crédit / solde restant dû |
| <input type="checkbox"/> CGFP-Fiscalité | <input type="checkbox"/> Assurance véhicule | <input type="checkbox"/> Assurance accidents corporels |
| <input type="checkbox"/> Oeuvre CGFP de Secours Mutuels | <input type="checkbox"/> Assurance incendie (habitation) | <input type="checkbox"/> Assurance voyages |
| <input type="checkbox"/> Lux Voyages (agence de voyages) | <input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Assurance DKV Luxembourg |

* Cocher les mentions qui conviennent

** Cocher le(s) service(s) qui vous intéresse(nt)

À retourner par voie postale ou par e-mail à : membres@feduse.lu

AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la FÉDUSE respectivement la CGFP à prélever sur votre compte la cotisation annuelle correspondant à votre affiliation.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre demande. Le délai pour le remboursement d'un encaissement non autorisé est de 13 mois.

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Rue et numéro : _____

Code postal et localité : _____ Pays : _____

Statut* : Fonctionnaire Employé(e) Fonctionnaire-Stagiaire

Lycée resp. institut ou service : _____

Groupe de traitement : A1 (p.ex. professeur) A2 (p.ex. professeur d'enseignement technique)

Situation professionnelle* : Actif(ve) Retraité(e)

Compte bancaire (IBAN) : _____

Banque (BIC / SWIFT) : _____

J'autorise la FÉDUSE à transmettre mes données personnelles à la CGFP pour défendre les intérêts généraux relatifs à mon statut.

Lieu et date : _____

Signature : _____

* Cocher les mentions qui conviennent

À retourner par voie postale ou par e-mail à : membres@feduse.lu