

## 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](mailto: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](mailto:membres@feduse.lu)