

Aufnahme-Antrag

Name: Vorname:

Matricule CFL: Beruf:
(Dienstgrad) (Funktion)

Matricule sociale

Arbeitgeber: Arbeitsstelle:

Adresse:
Postleitzahl, Ort und Straße

.....
GSM Tel: email:

Geburtsdatum Geburtsort:

Eintrittsdatum:

CMCM

(Wenn Sie Mitglied bei der CMCM sind, bitte geben Sie die Sterbekasse/Mutuelle an. Dies wegen einem möglichem Wechsel in die Sterbekasse des SYPROLUX)

Ehepartner:
Name: Vorname: Geburtsdatum:

In Ausführung des Gesetzes vom 02. August 2002 erlaube ich dem SYPROLUX mit unterstehender Unterschrift, meine personenbezogenen Daten zwecks rationeller Verarbeitung in einer elektronischen Datei zu speichern.

Dauerauftrag

(*) zutreffendes auswählen

Ich Unterzeichnete(r) ermächtige hiermit den SYPROLUX mein monatlicher Beitrag von meinem CFL-Lohn abzubuchen.
Ich Unterzeichnete(r) ermächtige hiermit den SYPROLUX mein monatlicher Beitrag als Dauerauftrag abzubuchen. (*)

IBAN Nr Name der Bank

In Bezug auf die Unterstützungskasse erklärt er ferner, dass er vollständig gesund ist.

.....
Werber Unterschrift des Antragstellers

Demande d'affiliation

Nom: Prénom:

Matricule CFL: Emploi:
(Grade) (Fonction)

Matricule sociale

Patron: Service:

Adresse:
Code Postale, Ville et rue

.....
GSM Tel: email:

date de naissance lieu de naissance

date d'entrée:

CMCM

(Si vous êtes membre de la CMCM, veuillez indiquer la caisse de décès/mutuelle. Ceci en vue d'un éventuel transfert à la caisse de décès du SYPROLUX.)

Conjoint(e):
Nom: Prénom: date de naissance:

En exécution de la loi du 02 août 2002, j'autorise le SYPROLUX, avec la signature ci-dessous, à traiter mes données personnelles de manière rationnelle dans un fichier électronique.

Domiciliation

(*) cochez votre choix

Je soussigné(e) autorise par la présente le SYPROLUX à prélever ma cotisation mensuelle sur mon salaire CFL. (*)
Je soussigné(e) autorise par la présente le SYPROLUX à prélever ma cotisation mensuelle par domiciliation. (*)

nr IBAN Banque:

En ce qui concerne la caisse de soutien, il déclare en outre qu'il est en parfaite santé.

.....
Recruteur Signature du demandeur