

DEMANDE D'ADMISSION

Je soussigné

Nom et prénom(s): _____

N° et nom de rue: _____

Code postal et localité: _____

Téléphone: GSM/Fixe: _____

Adresse e-mail: _____

Profession: _____

Date de naissance: _____ à _____

Nationalité: _____

N° Matricule Sécurité sociale: _____

Service militaire du: _____ à _____

Partenariat/Marié(e) le: _____ à _____

CONJOINT(E)

Nom et prénom(s) du partenaire/conjoint: _____

Date de naissance: _____

prie l'Association Mutualiste Grand-Ducale des Militaires et Anciens Militaires Luxembourgeois (AMAM) de l'admettre en tant que membre et de l'inscrire à la CMCM,

Régime commun

☐

PRESTAPLUS

☐

DENTA & OPTIPLUS

☐

COTISATIONS ET PRESTATIONS

Cotisations:

Montant annuel: 22 € pour membres effectifs et 14 € pour membres affiliés et honoraires

Prestations (Uniquement membres effectifs):

Indemnités funéraires: 700 €, prime de naissance/d'adoption: 150 €

Options de paiement:

par virement ☐ Ordre Permanent ☐
(CCP, BCEE, BIL, BGL...)

Compte de l'Association: CCPLLULL LU59 1111 0026 7556 0000

Délais de paiement, le 1er février de l'année calendrier au plus tard.

A envoyer par courrier postale à:

Secrétariat AMAM

M. Romain HILGER

6, rue Tresch

L-8373 HOBSCHIED

fait à _____, le _____

Signature _____