



Syndicat National
de la Police
Grand-Ducale
Luxembourg
Tel : 244 404 278
19, Rue Auguste Lumière
L-1950 Luxembourg

snpgl@snpgl.lu



18, Rue Erasme L-1468 Luxembourg
Tél.: 27 04 28 01 Fax: 27 04 28 99
info@cgfp-assurances.lu

Demande d'adhésion à l'assurance RC Groupe du SNPGL

Preneur d'assurance

Nom: _____ M. Mme

Prénom: _____ Date de naissance: _____
jour mois année

Etat civil: _____ Nationalité: _____

Adresse: _____ N°: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Fonction / Administration: _____

Tél. privé: _____ Tél. bureau: _____

GSM: _____ E-mail: _____

Garanties	Risque A <input type="checkbox"/>	Risque B <input type="checkbox"/>	Risque C <input type="checkbox"/>
	<small>(prière de cocher la catégorie de risque souhaitée)</small>		
Responsabilité Civile Vie Privée		X	X
Responsabilité Civile Professionnelle	X	X	X
Protection Juridique	X	X	X
Protection Juridique PLUS			X
Prime annuelle TTC	12 €	39 €	65 €

Montants assurés:

Responsabilité Civile (vie privée et professionnelle)		Protection Juridique	
Domages corporels	12 500 000 €	> en relation avec la garantie RC	25 000 €
Domages matériels	1 250 000 €	> pollution / litige de voisinage	4 000 €
Frais de sauvetage, intérêts et frais d'actions civiles	2 500 000 €	> cautionnement	25 000 €
Protection Juridique PLUS		> insolvabilité des tiers	10 000 €
Défense dans le cadre contractuel et extra-contractuel	12 500 €	> frais de recherche enfants	12 500 €

Motif d'établissement

Date d'effet: _____
jour mois année

Nouvelle affaire:

Changement du risque: vers → Autre modification: _____

Documents à joindre obligatoirement:

- Copie de votre carte d'identité (recto et verso)
- Mandat de domiciliation SEPA rempli et signé (annexe)

De convention expresse et conformément à la loi du 2 avril 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, le preneur d'assurance autorise Baloise Assurances Luxembourg S.A. à enregistrer et à traiter les données qu'il lui a communiquées, ainsi que celles qu'il lui communiquera ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter les contrats d'assurance, de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude. Le responsable du traitement est Baloise Assurances Luxembourg S.A. Il peut communiquer ces données à des tierces personnes dans le cas et conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 111-1 de la loi du 6 décembre 1991 sur le secteur des assurances consacrant le secret professionnel en matière d'assurances. Le preneur d'assurance dispose d'un droit d'accès et de rectification concernant ses données, qu'il pourra exercer en adressant une demande écrite à l'adresse du responsable du traitement.

Fait à : _____ le
jour mois année

Signatures: Le preneur d'assurance

Pour le SNPGL



Mandat de domiciliation européenne SEPA



Baloise Assurances Luxembourg SA • Numéro identifiant du créancier: LU68ZZZ0000000006399002001

Baloise Vie Luxembourg SA • Numéro identifiant du créancier: LU68ZZZ0000000006399002001
8, Rue du Château d'Eau • L-3364 Leudelange • Luxembourg

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Baloise à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Baloise.

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 compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Le premier encaissement de la prime par domiciliation peut être effectué dès la date de signature du présent document.

Important: Merci de nous faire parvenir la présente dûment signée via votre intermédiaire ou par courrier et ne pas la remettre à la banque.

Réservé à la Compagnie et / ou à l'intermédiaire

Numéro de contrat

Numéro d'agence

Produit concerné

Autres informations

Date de prise d'effet souhaitée

Prélèvement :

annuellement

Identification du preneur d'assurance

(à renseigner si le preneur est différent du débiteur - titulaire du compte)

Nom/ Prénom

Rue

Code postal/ Localité

N°

Pays

Identification du débiteur

(à compléter par le débiteur-titulaire du compte courant)

Nom

Rue

Code postal

N° de compte IBAN

Prénom

N°

Localité

Pays

BIC/ SWIFT

Identification du mandat (à compléter par la société Baloise)

Référence du mandat

Objet du mandat

Type d'encaissement

Récurrent (peut être utilisé plusieurs fois)

Pays

Encaissement de primes d'assurance

Fait à , le / /

Signature du titulaire du compte à débiter