

DEMANDE D'ADHÉSION AUX RÉGIMES OPTIONNELS
ANTRAG AUF OPTIONALE LEISTUNGSPÄNE
MEMBERSHIP REQUEST FOR OPTIONAL BENEFIT PLANS

- ☐ **PRESTAPLUS**
- ☐ **PRESTAPLUS + DENTA & OPTIPLUS**
- ☐ **Mme / Frau / Mrs** ☐ **M. / Herr / M**

Nom / Name / Surname _____

Prénom / Vorname / First name _____

N° et rue / Nr. und Straße / Nr and street _____

Localité / Ort / City _____

Code postal / Postleitzahl / ZIP Code _____ **Pays / Land / Country** _____

Date de naissance / Geburtsdatum / Date of birth

N° téléphone / Rufnummer / Phone N° _____

E-mail _____

État civil / Familienstand / Civil status

- ☐ **célibataire / ledig / single** ☐ **marié(e) / verheiratet / married**
- ☐ **divorcé(e) / geschieden / divorced** ☐ **séparé(e) / getrennt / separated**
- ☐ **PACS** ☐ **veuf(ve) / verwitwet / widowed**

N° d'identification / Identifikationsnummer / Identification number

-

N° matricule Sécurité Sociale / Sozialversicherungsnummer / Social security n°

Fait à / Ausgestellt in / Issued in _____

le / den / on

Signature / Unterschrift / Signature



ÄR GESONDHEETSMUTUELLE
ZANTER 1956



MIR SINN DO.
FIR JIDDEREEN.

