

TO THE ATTENTION OF THE

« MUTUELLE DE L’ALEBA »

B. P. 325

L-2013 Luxembourg

**COMPENSATION REQUEST**

**(ILLNESS / ACCIDENT / HOSPITALIZATION / DENTAL CARE)**

MUTUELLE ALEBA DEMANDE REMBT FONDS SOCIAL 7.7.2022 ANGL-FR-ALL

|  |  |
| --- | --- |
| Last and first name |  |
| Social security number |  |
| Street and number |  |
| Postal Code |  | Locality |  |
| Tel. |  | E-Mail |  |
| Employer |  |
| IBAN account |  |
| BIC code |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CMCM Member |  |  |
| Other complementary insurance |  |  |
| Name and address of your complementary insurance |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (City) | (Date) |
|  |
| (Signature) |



AU FONDS SOCIAL DE LA MUTUELLE DE L’ALEBA

B. P. 325

L-2013 Luxembourg

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**(MALADIE / ACCIDENT / HOSPITALISATION / FRAIS DENTAIRES)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Matricule sécurité sociale |  |
| Rue et N°  |  |
| Code postal |  | Localité |  |
| Tél. |  | E-Mail |  |
| Employeur |  |
| Compte IBAN |  |
| Code BIC |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Membre de la CMCM |  |  |
| Autre assurance complémentaire |  |  |
| Nom et adresse de votre assurance complémentaire |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Localité) | (Date) |
|  |
| (Signature) |



AN DEN SOZIALFONDS DER

« MUTUELLE DE L’ALEBA »

B. P. 325

L-2013 Luxembourg

**ERSTATTUNGSANTRAG**

**(KRANKHEIT/UNFALL / KRANKENHAUSAUFENTHALT / ZAHNVERSORGUNG)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname |  |
| Sozialversicherungsnummer |  |
| Strasse / Nr |  |
| Postleitzahl |  | Ortschaft |  |
| Tel. |  | E-Mail |  |
| Arbeitgeber |  |
| IBAN Konto |  |
| BIC Code |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mitglied der CMCM |  |  |
| Andere Zusatzversicherung |  |  |
| Name und Adresse Ihrer Zusatzversicherung |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Ortschaft) | (Datum) |
|  |
| (Unterschrift) |