

Demande d'Adhésion

au contrat d'assurance collectif n° 76379389-30010 « **Perte de Licence - Incapacité de Travail** » souscrit par l'Association des Equipages de Cabine et réservé aux membres de cette association ayant qualification de **PERSONNEL NAVIGANT COMMERCIAL (PNC) au sein d'AIR FRANCE.**

Vos coordonnées :

Nom :	Adresse :
Nom de jeune fille :
Prénom :	CP :
Date de naissance :	Ville :
Lieu de naissance :	Tel portable :
	Courriel :

Informations vous concernant :

<ul style="list-style-type: none"> - rythme d'activité en % :% - grade : - classe : - échelon : - secteur de vol : LC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> 	Etes-vous actuellement en inaptitude de vol ?..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Faites-vous l'objet d'une décision de dérogation prononcée par le CMAC, le CEMA ou le CEMPN ?..... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	--



Nous vous remercions de joindre à votre Demande d'adhésion vos **3 derniers bulletins de salaire.**

Votre choix du montant de la garantie « PERTE DE LICENCE » (merci de cocher l'option souhaitée) :



Attention : pour les PNC dont l'âge à l'adhésion est dans le millésime de leur 50 ans et plus et pour les instructeurs cadres de la du groupe 1, il n'est pas possible de choisir les options 3 et 4.

Versement d'un capital garanti en cas de Perte de Licence de PNC suite à accident ou maladie équivalent à :	
<input type="checkbox"/> Option 1	50% de votre traitement de référence
<input type="checkbox"/> Option 2	100% de votre traitement de référence
<input type="checkbox"/> Option 3	150% de votre traitement de référence
<input type="checkbox"/> Option 4	200% de votre traitement de référence

Votre choix de franchise de la garantie « INCAPACITE DE TRAVAIL » (merci de cocher la franchise souhaitée)



Attention : pour les PNC dont l'âge à l'adhésion est dans le millésime de leur 50 ans et plus et pour les instructeurs cadres du groupe 1, il n'est pas possible de choisir les franchises de 15 jours et de 30 jours.

Cette garantie prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité de travail suite à accident ou maladie , équivalente à 1/365ème de votre traitement de référence. Cette indemnité est versée à compter de l'expiration du délai de franchise que nous vous remercions de choisir ci-dessous :				
<input type="checkbox"/> 15 jours	<input type="checkbox"/> 30 jours	<input type="checkbox"/> 60 jours	<input type="checkbox"/> 90 jours	<input type="checkbox"/> 180 jours

Demande d'Adhésion

au contrat d'assurance collectif n° 76379389-30010 « **Perte de Licence - Incapacité de Travail** » souscrit par l'Association des Equipages de Cabine et réservé aux membres de cette association ayant qualification de **PERSONNEL NAVIGANT COMMERCIAL (PNC) au sein d'AIR FRANCE.**

Votre cotisation (en vigueur au 1er juillet 2022)

Votre cotisation annuelle – taxe d'assurance en vigueur incluse - est calculée par l'application d'un taux en % sur le montant de votre traitement annuel brut. Ce taux est fonction de l'option et de la franchise en jours que vous aurez retenues et est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Franchises	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
15 jours	1,89%	2,07%	2,65%	2,82%
30 jours	1,66%	1,84%	2,19%	2,37%
60 jours	1,44%	1,61%	1,97%	2,03%
90 jours	1,21%	1,39%	1,74%	1,80%
180 jours	0,99%	1,16%	1,52%	1,58%



Exemples : si vous choisissez l'Option 1 avec une franchise de 30 jours, votre taux de cotisation s'élèvera à 1,66% de votre traitement annuel brut. Si vous choisissez l'Option 3 avec une franchise de 90 jours, votre taux de cotisation s'élèvera à 1,74% de votre traitement annuel brut.

La demande d'adhésion

Votre demande d'adhésion, accompagnée d'une copie de votre IBAN et du Mandat SEPA complété et signé, doit être adressé à :

HENNER – UG 88 B - 1, rue Marcel Paul 44097 NANTES ou ug88b@henner.fr

Le questionnaire de santé :

Les garanties vous sont acquises en cas d'accident ou de maladie. A ce titre nous vous remercions de compléter, de dater et de signer le Questionnaire de Santé joint et de le retourner par courrier postal à :

HDI Global SE - A l'attention du Médecin Conseil

Tour Trinity – 1 bis Place de La Défense, CS 20298, 92035 Paris La Défense Cedex ou à servicemedical.france@hdi.global

L'acceptation de votre demande d'adhésion par HDI Global SE :



Après examen de vos réponses au questionnaire de santé, le médecin conseil d'HDI Global SE vous indiquera, sous 15 jours ouvrés, si votre demande d'adhésion est **acceptée** ou **refusée**. Si votre **demande d'adhésion est acceptée**, elle prendra effet le 1^{er} du mois suivant la date d'acceptation de votre adhésion par le Médecin Conseil.

Votre signature :

Je soussigné, reconnait être en possession du DIPA (Document d'Information sur le Produit d'Assurance) et de la Notice d'Information relatives aux garanties du contrat et à leurs conditions d'application et en avoir pris connaissance pour compléter ma demande d'adhésion (merci de cocher la case)

Fait à : Date :	Signature à faire précéder de la mention « lu et approuvé »
--------------------------------	---