



CONTRAT d'ASSURANCE GROUPE
souscrit par
l'ASSOCIATION des EQUIPAGES de CABINE
PREVOYANCE COLLECTIVE
Bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion et désignation de bénéficiaire

Personne à affilier : Coordonnées de l'assuré		Adhésion **	Modification de l'adhésion**
Nom		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :	Ville :	N° de S.S. :	
N° tel :		Mail :	
Nom de jeune fille :		Né(e) le :	
Situation de famille :		Enfants à charge :	
Grade ou fonction :		Classe :	Echelon :

Compagnie employeur :	N° Matricule :
Adhérent de l'AEC : oui** / non**	Affectation : CC MC LC

Temps alterné : oui** / non**	Taux d'activité : %
Mois Off : (non travaillés) janvier février mars avril mai juin juillet août septembre octobre novembre décembre	

Certificat de formation à la sécurité : N°	délivré le :	Salaire annuel brut :
Carte de stagiaire (DGAC) : N°	délivrée le :	

Option 1 *	*Franchise	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
Option 2*	*Franchise	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
Option 3*	*Franchise	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
Option 4*	*Franchise	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours
Option 5*	*Franchise	15 jours	30 jours	60 jours	90 jours

* Entourer l'option et la franchise de votre choix ** Préciser la situation

NATURE DES GARANTIES

Décès – Invalidité Permanente et Totale : Le contrat de Prévoyance Complémentaire a pour objet de garantir aux bénéficiaires désignés ci-après, le versement d'un capital en cas de décès du participant, dans les conditions prévues par le contrat.

Allocation Frais d'Obsèques : Le contrat de Prévoyance Complémentaire a pour objet de garantir aux bénéficiaires désignés ci-après, le versement d'une Allocation de Frais d'Obsèques en cas de décès du participant, dans les conditions prévues par le contrat.

Incapacité temporaire de travail suite à maladie ou accident de la vie professionnelle ou privée : Le contrat de Prévoyance Complémentaire a pour objet de garantir au salarié désigné ci-dessus, signataire du bulletin d'adhésion, le versement d'indemnités journalières dont le montant et le délai de franchise éventuelle sont prévus par le contrat.

Invalidité suite à maladie ou accident professionnel(le) ou privé(e) : Le contrat de Prévoyance Complémentaire a pour objet de garantir au salarié désigné ci-dessus, signataire du bulletin d'adhésion, le paiement d'une rente d'invalidité dont la catégorie est déterminée par la Sécurité Sociale et dont le montant et la fréquence sont prévus par le contrat.

Perte de licence toutes causes en, et hors service : Le contrat de Prévoyance Complémentaire a pour objet de garantir au salarié désigné ci-dessus, signataire du bulletin d'adhésion, le paiement d'un capital en cas de perte de licence, dans les conditions prévues par le contrat.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Garantie Décès-Invalidité Permanente et Totale : En cas de décès de l'assuré, le contrat prévoit le versement d'un capital décès dont le montant dépend de la situation de famille du salarié au jour de son décès.

Ce capital est versé par priorité :

- au conjoint survivant de l'assuré, non séparé judiciairement, ni divorcé,
- à défaut, aux descendants, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants, à défaut à ses frères et sœurs,
- à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ayants droit, par parts égales entre eux.

Toutefois, si l'assuré souhaite une clause ou un bénéficiaire différents, il l'indique ci-dessous et mentionne, le cas échéant les noms, prénoms, dates et lieux de naissance des bénéficiaires.

.....
.....
.....

Je demande à être admis(e) à l'assurance groupe souscrite par l'Association des Equipages de Cabine dans les conditions définies par le contrat et reprise par la notice résumant celles-ci dont un exemplaire émis par l'assureur m'a été remis par l'A.E.C.

Pour l'assuré	Pour l'Association des Equipages de Cabine
Fait à :	Fait à
Le :	Le :
Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »	Cachet et signature :

L'accès et la rectification des données figurant sur le fichier est possible, conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6/01/1978.

Bulletin à retourner, après l'avoir complété et signé à l'adresse suivante :

A.E.C. Association des Equipages de Cabine

ROISSY POLE, le Dôme Bt 1
1, rue de la Haye
B.P. N° 18939
95732 ROISSY CDG Cedex

Téléphone : 01 49 19 58 21
Courriel E.Mail : info@aec-equipage-cabine.fr