

# PERSONNEL NAVIGANT TECHNIQUE TECHNICAL FLIGHT CREW – PILOTS

N° d'affiliation à l'assurance

Membership N°

Nom/ Surname : \_\_\_\_\_ Prénoms/First Name : \_\_\_\_\_ Nationalité/Nationality : \_\_\_\_\_  
Adresse/Address : \_\_\_\_\_ Code Postal/Post Code : \_\_\_\_\_  
Ville/Town : \_\_\_\_\_ Pays/Country : \_\_\_\_\_ Tél/Tel : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance/Date of Birth : \_\_\_\_\_ Situation familiale/Civil Status : \_\_\_\_\_  
Employeur/Employer : \_\_\_\_\_ Fonction/Role : \_\_\_\_\_ Date d'entrée/Start Date : \_\_\_\_\_  
Adresse de l'employeur/Employer's Address : \_\_\_\_\_ Tél/Tel : \_\_\_\_\_

## NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL/NATURE OF YOUR EMPLOYMENT CONTRACT

☐ **CONTRAT A DURÉE DÉTERMINÉE/FIXED TERM CONTRACT :**

Date de début du contrat/Contract start date : \_\_\_\_\_ Date de fin du contrat/Contract end date : \_\_\_\_\_

☐ **CONTRAT A DUREE INDETERMINEE/PERMANENT EMPLOYMENT CONTRACT :**

En période d'essai/In trial period ☐ Confirmé/Confirmed ☐ Travail Alterné\*/Alternated Work\* ☐

Taux/Rate : \_\_\_\_\_

## CAPITAUX HORS ET EN SERVICE AERIEN INSURED CAPITAL DURING AND OUTSIDE OF AERIAL WORK HOURS

- DECES/LIFE INSURANCE : \_\_\_\_\_ € - PERTE DE LICENCE/LOSS OF LICENCE : \_\_\_\_\_ €

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES – ADDITIONAL INFORMATION

De quelle(s) aptitude(s) médicale(s) êtes-vous titulaire ? / Which Authority provided your medical exams ? (Authority, Country)

Indiquez la licence qui procure l'emploi actuel / Please specify the type of licence you have that is necessary for your employment :

S'agit-il d'une licence française ? / Is it a French Licence ?

☐ Oui/Yes ☐ Non/No (dans ce cas, merci de préciser de quelle licence il s'agit et d'indiquer les autres licences détenues/in which case, please specify the type and origin of licence and any others that you hold)

Je certifie que mon aptitude médicale au vol « class 1 », est en état de validité depuis le / I certify that my « Class 1 » Medical is valid since the date

Date de la prochaine visite médicale/ Date of next Medical visit : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme renouvelant l'aptitude médicale / Address of the authority presiding over Medicals :

## Joindre copie de votre dernière aptitude médicale « CLASSE 1 » - Enclose a copy of your last « CLASS 1 » Medical

Je soussigné(e) / I, the undersigned \_\_\_\_\_ demande à être affilié(e) ou à modifier le contrat n° 32/2315/820 souscrit par le VBL auprès AXA ASSURANCES à effet du / wish to be incorporated in or to modify my membership in the IPECA Prévoyance contract N°32/2315/820 subscribed by the SAAM with effect from \_\_\_\_\_ et reconnais avoir reçu / and I confirm that I have received:

- Un double du présent bulletin / A copy of this form
- Un exemplaire de la notice d'information dont j'ai pris connaissance et dont j'accepte les termes sans réserve / A copy of the Notice of Information that I have read and accepted without reserve the terms therein.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte de ma part peut entraîner l'application des sanctions prévus aux à l'article L-932-16 (la nullité de l'affiliation) et L-932-17 (réduction des prestations) du code de la Sécurité Sociale / I confirm that I have been informed that any reticence or intentional false declaration, omission or inexact declaration on my part could result in the application of sanctions as per the article L-932-16 (Annulment of Membership) and L-932-17 (Retraction of Services) according to the Social Security Code.

Fait à/Completed at \_\_\_\_\_ le/the \_\_\_\_\_

Lu et approuvé, signature du proposant :  
Read and Approved, signature:

## DESIGNATION de BENEFICIAIRES DESIGNATION of BENEFICIARIES

Je, soussigné(e)/I the undersigned :

N° adhérent/Membership N° : \_\_\_\_\_

NOMS/SUNAME : \_\_\_\_\_

PRENOMS/FIRST NAMES : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE/DATE OF BIRTH : \_\_\_\_\_

Désigne comme BÉNÉFICIAIRES de mon assurance DÉCÈS/Designate the following people as Beneficiaries of my Life Insurance :

### FORMULE A/FORMULA A :

☐ **A1** « Mon conjoint non séparé de corps judiciairement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut mes héritiers selon la dévolution successorale » / "My current Husband/Wife, or by default equal parts of the capital to be distributed between my living or represented born or unborn children, or by default between my descendants according to the order of succession."

☐ **A2** « Par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut mes héritiers selon la dévolution successorale » / "Equal parts of the capital to be distributed between my living or represented born or unborn children, or by default between my descendants according to the order of succession"

### ☐ FORMULE B/FORMULA B :

Si l'affilié souhaite que le capital garanti **NE SOIT PAS** attribué selon les clauses ci-dessus.

Indiquez dans l'ordre : nom, prénom, date et lieu de naissance de chaque bénéficiaire désigné ainsi que le lien de parenté existant.

If the Insured does not wish that the insured capital be distributed according to the above clauses, please specify the desired beneficiaries(s) below in the following way : surname, first name, date and place of birth and the relationship to the Insured.

Si vous optez pour plusieurs bénéficiaires, vous devez préciser PAR DEFAULT ou PAR PARTS ÉGALES entre chacun d'eux.

If you choose to specify more than one beneficiary, you must specify BY DEFAULT or EQUAL PARTS for every one of them.

.....  
.....  
.....  
.....  
....., à défaut mes héritiers selon la dévolution successorale\*/  
by default between my descendants according to the order of succession\*.

\* Il est tout à fait indispensable de prévoir l'hypothèse du prédécès d'un, de plusieurs ou de la totalité des bénéficiaires que vous avez mentionnés ci-dessus.

Dans pareil cas, le capital sera automatiquement transmis à vos héritiers désignés comme légaux par le Code Civil. Si vous souhaitez prévoir d'autres bénéficiaires, merci de bien vouloir nous en informer.

\*It is necessary to cater for the eventuality that one or all of your beneficiaries mentioned above could die. In this case, the insured capital will automatically be distributed to your legal heirs as defined by the Civil Code. If you wish to change the beneficiaries, please inform us.

Fait à/Completed at ....., le/the .....

**Signature de l'affilié**  
**Signature of the Insured**

«Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de gestion ou pour satisfaire aux obligations légales. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi n°78-17, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, du 6 janvier 1978.»

"The information given in this questionnaire will not be used or be made the object of an external communication except for the necessities of administration or to satisfy legal obligations. The questionnaire could be accessed during a Freedom of Information exercise according to the condition specified in the law n°78-17 of 6 January 1978 concerning information technology, files and liberties."

**VANBRED & LANG SA**  
**2-4 rue du château d'eau**  
**L- 3327 LEUDELANGE**

Info@vanbredlang.lu