NZALP MUTUAL BENEFIT FUND – ATC

P O Box 83-049
Wellington
Freephone: 0800 745-623
Telephone: 04 478 3632
Fax: 09 523 9207
Email: office@atcmbf.org.nz

Fund Membership Noé é é .....

APPLICATION FOR MEMBERSHIP
To Provide Compensation for
LOSS OF MEDICAL CERTIFICATE

Surname .....é .....é ..... é Given Names.....é .é .....Title é é é ..

Address .....Post Code é é é é é é ..

Contact Details: Home Phone No.: é é é é é é .. Home Fax No.:..é é é ...é é é é

Mobile Number: é é é é é é ..é Email:..é .é é ..é ....é é é é é ..

Current Work Location ..... Current

Position.é é é .....

Licence Number .....é é é é é é ..... Date of Birth ..... Age é é .....
(Refer Rule 2)

Work History
1. Date of issue of first ATC licence.....é é é é é é é .....
2. Name of initial ATC employer
.....é é é é é é é .....
3. Do you have broken service as an Operational Air Traffic Controller in NZ YES/NO
4. If the answer to #3 above is yes, when did you most recently revalidate your NZ Air Traffic Control licence?
.....é é .....
5. If the answer to question #3 above is yes, then how many years in total did you contribute to the old Loss of Licence insurance scheme and/or the MBF in NZ. .....é é é é é é é .....

I am/am not a member of the NZ Airline PilotsôAssn. My Membership Number is é .....

I have completed the Health Declaration attached to this application form.

I attach a copy of my Medical Certificate and endorsements (both sides please).

I hereby apply to become a full/associate member of the New Zealand Airline Pilots Mutual Benefit Fund - Air Traffic Controllers and hereby agree to be bound by the Rules of the Fund.

I declare that the information provided in this application is, to the best of my knowledge, true, complete and correct.

Signed ..... **Date** ...é ....é .....

This will authorise payment by salary deduction from the date of Acceptance by the Trustees direct to the Trustees of the New Zealand Airline PilotsôMutual Benefit Fund - Air Traffic Controllers by my employer of the sum of up to .85% of gross salary on my behalf for my membership of the Fund or at such other rate as may be fixed by the Trustees.

I hereby authorise the disclosure to the MBF of personal information held by any person or organisation which may be relevant to my membership or to any claim.

This authority will remain in force for the period of my membership.

Name ..... **Signature**..... **Date** ..é .....

FOR OFFICE USE ONLY

Application Received .....

Accepted by Trustees .....

Type of Membership Full/Associate

Referred to Medical Advisor Yes/No

Exclusions recommended by Medical Advisor

.....

.....

.....

Exclusions applied by Trustees

.....

.....

.....

Notification of Exclusion to Applicant .....

Commencement of Cover .....