

Routard Assurance Web

TARIF ET BULLETIN D'INSCRIPTION

307

www.routard.com

pour les voyages de courte durée : tarif à la semaine



BULLETIN D'INSCRIPTION GDR

NOM : M. Mme Melle _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
ADRESSE EN FRANCE
OU PAYS D'ORIGINE : _____
CODE POSTAL : _____ TEL. : _____
VILLE : _____
NATIONALITE : _____
DATE DE DEPART DE MON PAYS : _____ INDISPENSABLE
DESTINATION PRINCIPALE :E-mail :

Pour un voyage de 8 semaines et plus, utilisez le bulletin d'inscription
PLAN MARCO POLO

TARIF SPÉCIAL ROUTARD ASSURANCE A.V.I. International Assurance pour le Monde Entier

ASSURANCE du _____ au _____ = _____ semaines.
Garanties et prix forfaitaires de 3 à 50 ans : 22 € X _____ semaines = _____ €
ou
De 51 à 60 ans (et moins de 3 ans) : 33 € X _____ semaines = _____ €
De 61 à 65 ans : 44 € X _____ semaines = _____ €
BAGAGES : 2000 € (dont 300 € d'objets de valeur et de photo) inclus dans les garanties forfaitaires.
EN OPTION :
EXTENTION AUX RISQUES GRAVES : 5 € X _____ semaines = _____ €
Elle étend vos garanties aux conséquences d'un accident dont vous êtes victime, du fait de l'usage d'un véhicule d'une cylindrée inférieure à 125 cc, de sports dangereux (surf, planche à voile, rafting, escalade, plongée sous-marine jusqu'à 45 m), d'une activité manuelle, stage en entreprise ou en Laboratoire (Accident du travail).
PRIX TOTAL A PAYER = _____ €

COMMENT PAYER : VOUS AVEZ LE CHOIX...

- Vous pouvez imprimer votre bulletin d'inscription au format P.D.F.
- Vous trouverez dans chaque Guide du Routard pour l'étranger, un bulletin d'inscription ROUTARD ASSURANCE en fin de volume.
- Vous pouvez renvoyer votre bulletin d'inscription à AVI International par Fax au 01 42 80 41 57
e-mail : avi-international.routardassistance@wanadoo.fr

PAIEMENT

CARTE BANCAIRE N° _____
expirant le _____ cryptogramme _____
OU **** CARTE VISA - EUROCARD - AMERICAN EXPRESS ****

CHEQUE PAYABLE SANS FRAIS EN FRANCE A L'ORDRE DE :
AVI INTERNATIONAL - 28, RUE MOGADOR - 75009 PARIS - FRANCE

Par retour de courrier, je recevrai MA CARTE PERSONNELLE D'ASSURANCE

J'ai déjà reçu *l'indispensable* **PASS'PORT SÉCURITÉ®** Non : envoyez-le moi

Je déclare être en bonne santé et savoir que toutes les conséquences de maladie et accidents antérieurs à ma date d'assurance ci-dessus, ne sont pas assurés, ni toutes les suites et conséquences de la contamination par des MST, le virus HIV ou l'hépatite C. Je certifie n'avoir pas eu de traitement médical les 6 derniers mois précédents et ne pas prévoir de traitement à l'étranger.

Date :

SIGNATURE :