

BULLETIN D'INSCRIPTION

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 :

TARIF SPECIAL GRAND ROUTARD AVI International
 Prix suivant la durée du voyage (8 semaines minimum)
 Ce tarif par mois n'est pas divisible ! Complétez ces cases !

ASSURANCE du au = mois.

Garanties et prix forfaitaires (sans bagages) : 49 € X mois = €
 de 3 à 50 ans

ou
 De 51 à 60 ans (et moins de 3 ans) : 74 € X mois = €

OPTION : BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS : GARANTIES 2000 €
 (dont 300 € d'objets de valeur) 18 € X mois = €

EN OPTION : EXTENSION AUX RISQUES GRAVES 19 € X mois = €

☞ Elle étend vos garanties aux conséquences d'un accident dont vous êtes victime, du fait de l'usage d'un véhicule à moteur 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 envoyer 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 **** CARTE VISA - EUROCARD - AMERICAN EXPRESS ****

OU

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 :