Plan Marco Polo

TARIF ET BULLETIN D'INSCRIPTION 532
OU DE PROLONGATION

pour les voyages de longue durée : tarif au mois à partir de 2 mois

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
Ce tarif par mois n'est pas divisible ! Complétez ces cases !

ASSURANCE du **au** = **mois.**

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

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 à deux roues, 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 demander un bulletin d'inscription à AVI International : Tél.: 01 44 63 51 00 - Fax : 01 42 80 41 57
  e-mail : avi-international.france@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'Etranger.

Date : ...../...../..... SIGNATURE :