



Pour plus d'informations : Tél. : 01 44 63 51 00*
Fax : 01 42 80 41 57- www.avi-international.com

routard assurance

Voyage de moins de 8 semaines
Monde entier



BULLETIN DE SOUSCRIPTION PROLONGATION

COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse de résidence : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Nationalité : _____

Tél. : _____ Portable : _____

Email : _____

_____ @ _____

DÉPART / DESTINATION

Pays de départ : _____

Pays de destination principale : _____

Date de départ : ____/____/____

Date du début de l'assurance : ____/____/____

Date de fin de l'assurance : ____/____/____ = ____ semaines

(Calculer exactement votre tarif en semaine selon la durée de votre voyage : 7 jours du calendrier = 1 semaine)

PERSONNE(S) À ASSURER (Tarifs valable jusqu'au 31/03/2012)

INDIVIDUEL

Nom du voyageur	Prénom	Date de naissance
_____	_____	____/____/____

De 0 à 2 ans inclus 33 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

De 3 à 50 ans inclus 22 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

De 51 à 60 ans inclus 33 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

De 61 à 75 ans inclus (sénior) 39 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

OPTION Risques graves** 5 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

OPTION Plongée*** 16 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

TOTAL À PAYER = _____ € TTC

* Coût d'un appel local.
** Extension de 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 20 m), d'une activité manuelle, stage en entreprise ou en laboratoire (Accident du travail).
*** Extension plongée jusqu'à 45 m, médecine hyperbare incluse.

FAMILLE à partir de 4 personnes (maximum 7 personnes / jusqu'à 60 ans) **65 € TTC par semaine**

Une famille est constituée de 2 conjoints de droit ou de fait ou toutes personnes liées par un Pacs, leurs enfants ou petits-enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant à leur domicile et fiscalement à leur charge. Par ailleurs, sont également considérés comme bénéficiaires de l'Option Famille, les enfants de couples divorcés même s'ils sont fiscalement à charge de l'autre parent. AVI INTERNATIONAL se réserve le droit de vous demander copie de votre livret ou des actes de naissance des enfants.
Toute fausse déclaration entraînera l'annulation du contrat pour les assurés.

Nom du voyageur	Prénom	Date de naissance	OPTION Risques graves*	ou OPTION Plongée**	Date du début de l'option
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

Tarif jusqu'à 60 ans inclus 65 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

OPTION Risques graves** Nbre de pers. ____ x 5 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

OPTION Plongée*** Nbre de pers. ____ x 16 € TTC x ____ semaines = _____ € TTC

TOTAL À PAYER = _____ € TTC

PAIEMENT

Carte Bancaire (Visa / Eurocard / MasterCard / American Express)

N° _____ Expire le ____/____/____ Cryptogramme _____

Chèque (sans frais en France) à l'ordre d'AVI INTERNATIONAL à envoyer au 28, rue Mogador 75009 Paris

- Je reconnais avoir pris connaissance et accepté l'ensemble des dispositions contenues dans les conditions générales Pass'port Sécurité Routard Assurance ou Séniors, disponibles sur le site www.avi-international.com, avec lesquelles ce document forme un tout indivisible.
- Je déclare être en bonne santé et savoir que toutes les conséquences de maladies 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 ne pas prévoir de traitement à l'étranger et ne pas voyager pour des raisons médicales.
- Je dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations me concernant figurant dans les fichiers d'AVI International dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en contactant AVI International par courrier ou mail. Je reconnais que ces informations sont destinées à l'assureur, à AVI et à leurs partenaires pour les besoins de la gestion du contrat.

A l'issue de ma souscription je recevrai, par retour de courrier, ma Carte personnelle Assurance AVI International. Je souhaite aussi recevoir l'indispensable **PASS'PORT SÉCURITÉ** : Oui Non

Devoir de conseil : AVI International - S.A.S. de courtage d'assurances au capital de 100 000 euros - Siège social : 30, rue de Mogador, 75009 Paris - RCS Paris 323 234 575 - N° ORIAS 07 000 002 (www.orias.fr) - Le nom des entreprises avec lesquelles AVI International travaille peut vous être communiqué à votre demande. AVI International est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61 rue Talibout 75436 Paris Cedex 09. En vue du traitement d'éventuels différends, vous pouvez formuler une réclamation par courrier simple à AVI International et si le conflit persiste auprès de l'ACP.
Vos besoins sont de bénéficier d'une assurance voyage. Nous vous conseillons l'adhésion aux contrats d'assurances collectifs à adhésion facultative n° FR32/332.335 ou n° FR32/335.370 souscrits par l'association ISTECC auprès de ACE EUROPEAN GROUP Direction Générale pour la France de la société de droit anglais - ACE EUROPEAN GROUP LTD - Société au capital de 544 741 144 £ - RCS Nanterre B N°450327374 - Le Collège - 8 avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex.

Date : ____/____/____

SIGNATURE :