

TARIF "SPÉCIAL FAMILLE" du PLAN MARCO POLO
(famille à partir de 4 personnes)

BULLETIN D'INSCRIPTION / PROLONGATION - FAMILLE

Une famille est constituée de 2 conjoints de droits ou de fait ou toutes personnes liées par un Pacs, leurs 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 s'ils sont fiscalement à charge de l'autre parent.

A.V.I. International se réserve le droit de vous demander copie de votre livret de famille ou des actes de naissance des enfants. Toute fausse déclaration entraînera l'annulation du contrat pour les assurés

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	} 160 €	OPTION R.G.	
Monsieur						
Madame						
1 ^{er} Enfant						
Enfant gratuit						
Enfant gratuit						
Enfant gratuit						
Enfant gratuit						

Nombre total de personnes assurés



Seules les personnes inscrites sur le bulletin d'inscription sont garanties.

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ TEL. : _____

VILLE :

PAYS : E-mail :

DATE DE DÉPART DE MON PAYS : / / NATIONALITÉ :

DESTINATION PRINCIPALE :

ASSURANCE du : _____ au _____ = _____ mois

JUSQU'À	Tarif famille forfaitaire		Nombre de mois	Total à payer
50 ANS :	160 €	X		= €

OPTION :		<input checked="" type="checkbox"/> 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).			
Risques graves	Nombre de personnes	Tarif par personne	Sous-total	Nombre de mois	Total à payer
		X 19 €	€	X	= €

PRIX TOTAL A PAYER = €

PAIEMENT

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

OU
CHÈQUE 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



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 :