

**MONDE ENTIER - EUROPE**

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**L'ASSURANCE VOYAGE INTÉGRALE**

**NOM : M. Mme Melle**

**PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**ADRESSE en FRANCE**  
**ou PAYS D'ORIGINE :**

**CODE POSTAL :**  **TEL.**

**VILLE :**

**PAYS :**

**NATIONALITÉ :**

**DATE DE DÉPART DE MON PAYS :**  **INDISPENSABLE**

**E-mail** .....

**DESTINATION PRINCIPALE** .....

**Mon Ecole ou Université en France :** .....

*Attention : ce tarif par mois n'est pas divisible ! Merci de compléter les cases ci-dessous !*

**TARIF ÉTUDIANTS, STAGIAIRES, PROFESSEURS, CHERCHEURS 2007/2008**

**ASSURANCE** du  au  =  mois

EUROPE (U.E.)	Classic 26 € <input type="checkbox"/>	Premium 29 € <input type="checkbox"/>	Premium + 39 € <input type="checkbox"/>	X <input type="text"/> mois = <input type="text"/> €
MONDE ENTIER (SAUF U.E.)	36 € <input type="checkbox"/>	39 € <input type="checkbox"/>	49 € <input type="checkbox"/>	X <input type="text"/> mois = <input type="text"/> €
De 41 à 60 ans : (ET MOINS DE 3 ANS)		Majoration de 50%		+ <input type="text"/> €
<b>OPTION BAGAGES :</b>	Non Couverts	Systématique	18 € <input type="checkbox"/>	X <input type="text"/> mois = <input type="text"/> €
<b>EN OPTION : EXTENSION</b> <b>AUX RISQUES GRAVES :</b>	Non Couverts	19 € <input type="checkbox"/>	19 € <input type="checkbox"/>	X <input type="text"/> mois = <input type="text"/> €

**PRIX TOTAL A PAYER =**  €

**PAIEMENT**

Carte Bancaire n°

expirant le   \*\*\*\* CARTE VISA - EUROCARD - AMERICAN EXPRESS \*\*\*\*

Cryptogramme  Notez les 3 derniers chiffres du numéro à 7 chiffres au verso de votre carte

OU

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

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 ces 6 derniers mois et ne pas prévoir de traitement à l'étranger.

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