

## BULLETIN D'ADHESION

A compléter et à retourner à AVA ou bien à votre conseiller

**Vous êtes un particulier et selon la nature de votre séjour à l'étranger, nous vous proposons l'un des contrats suivants :**

Si vous représentez une personne morale (société, association...), merci de nous contacter pour un formulaire d'adhésion spécifique

**Cochez la case correspondant à votre choix**

COURT SEJOUR	LONG SEJOUR
<input type="checkbox"/> AVA TOURIST CARD <input type="checkbox"/> AVA CARTE SANTE <input type="checkbox"/> AVANTAGES (Contrat à Tacite Reconduction) <input type="checkbox"/> AVASSIST <input type="checkbox"/> TEMPO RISK PLATINIUM	<input type="checkbox"/> PLAN SANTE BUSINESS <input type="checkbox"/> PLAN SANTE INTERNATIONAL <input type="checkbox"/> PLAN SANTE CFE <input type="checkbox"/> PLAN SANTE JEUNE ACTIF <input type="checkbox"/> PLAN SANTE HUMANITAIRE
JEUNE, ETUDIANT	BUSINESS, EXPAT
<input type="checkbox"/> PLAN SANTE WORKING HOLIDAY <input type="checkbox"/> PLAN SANTE STUDIES <input type="checkbox"/> PLAN SANTE MASTER <input type="checkbox"/> PLAN SANTE AVANTURE <input type="checkbox"/> PLAN SANTE J - 1 <input type="checkbox"/> PLAN SANTE AU PAIR	<input type="checkbox"/> AVA EXPAT <input type="checkbox"/> AVA CARTE SANTE BUSINESS <input type="checkbox"/> AVA MISSION (Contrat à Tacite Reconduction)
LOISIRS	VENIR EN EUROPE
<input type="checkbox"/> AVA ZAP VOYAGE (Garantie annulation) <input type="checkbox"/> AVA ZAP LOCATION (Garantie annulation) <input type="checkbox"/> AVA SNOW COOL	<input type="checkbox"/> AVA INCOMING CLASSIC <input type="checkbox"/> AVA INCOMING SAFE AND HEALTH

## LE SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur est la personne qui adhère au contrat, pour son compte ou celui de ses accompagnants

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays de résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## LE VOYAGE, LE SEJOUR

Date de départ (date d'effet pour les contrats annuels) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de retour : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'inscription au voyage : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Destination : \_\_\_\_\_

Pour **AVA Tourist Card, AVA Zap Voyages, AVA Zap Location et TEMPO RISK PLATINIUM** uniquement)

Prix du voyage par personne : \_\_\_\_\_ €

AVA | 25, rue de Maubeuge | 75009 paris

TEL. +33 (0)1 53 20 44 20 FAX : +33 (1) 42 85 33 69 E-MAIL : [info@ava.fr](mailto:info@ava.fr)

[WWW.AVA.FR](http://WWW.AVA.FR)

S. A. A DIRECTOIRE ET CONSEIL DE SURVEILLANCE AU CAPITAL DE 100 000 € R. C. S. Paris 322 869 637- ORIAS 07 023 453 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Garantie Financière de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances

## LES ACCOMPAGNANTS A ASSURER

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Aucun  Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Aucun  Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Aucun  Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Aucun  Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Aucun  Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

## COTISATION (OPTIONS ET RENFORTS INCLUS)

Je règle la cotisation du contrat auquel j'adhère pour un montant total de : \_\_\_\_\_ €

Par chèque bancaire joint à l'ordre d'AVA ou directement à l'ordre du Mandataire AVA habilité

Par Virement Bancaire sur le compte d'AVA IBAN FR76 3005 6008 1108 1151 2301 539

*Dans ce cas, merci de prendre contact avec nos services à l'issue de votre ordre de virement*

Par Carte Bancaire : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_ / \_\_\_ Crypto : \_\_\_

Nom et Prénom du porteur (si différent du Souscripteur) : \_\_\_\_\_

## DISPOSITIONS PARTICULIERES

### Je reconnais avoir pris connaissance

- du document d'information et de conseil et des modalités de souscription,
- des conditions générales du contrat souscrit ce jour.

### J'ai pris bonne note

- de la reconduction tacite des contrats **AVAntages** et **Mission** avec un préavis de 2 mois en cas de résiliation,
- du non-remboursement de la cotisation.

### De plus, je joins au présent bulletin d'adhésion l'un ou l'autre des documents suivants :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> copie du visa J-1, visa WH ou équivalent      | <input type="checkbox"/> copie de l'attestation de Mission Humanitaire              |
| <input type="checkbox"/> copie de l'attestation de Jeune Fille au Pair | <input type="checkbox"/> copie de l'attestation de scolarité ou convention de stage |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation d'affiliation à la CFE |   |

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du Souscripteur

Cachet du Conseiller