BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL VOYAGES D'AFFAIRES

Document à retourner au SARL CABINET BOURHIS - 7 quai de Tréguier - B.P. 97264 - 29672 MORLAIX CEDEX

Cabinet BOURHIS

CONTRAT N°58328841/ N° 200.400/ N°4001.100
N° ADHESION ASSUR-TRAVEL : |__|__|__|__|__|__| - |__|__|__|__|__|__|
REF FACTURE : |__|__|__|__|__|__| - |__|__|__|__|__|__|

ASSUR-TRAVEL

Date du séjour : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

LE SOUSCRIPTEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Personne morale : _____ Né(e) le : _____
Adresse : _____ Nationalité : _____
_____
_____ Tél. : _____
_____ E-mail : _____

LISTE DES AUTRES ASSURES

NOM :	PRENOM :	Né (e) le :
–	–	–
–	–	–
–	–	–
–	–	–
–	–	–

GARANTIES CHOISIES

☐ PREMIUM ☐ CONFORT ☐ SUMMUM

TARIFS / DUREE DE VALIDITE

Durée de validité : / / au / / Soit une cotisation de …….. **€ TTC par personne**

Nombre d'assurés X tarifs TTC en € = Cotisation totale en € TTC

…….. X…….. **€** : …….. **€ TTC**

☐ Le présent contrat se compose des Dispositions Particulières et des Dispositions Générales. Le souscripteur reconnaît en avoir pris connaissance et les accepte comme faisant partie dudit contrat. Le présent contrat prend effet à la date de validité indiquée, sous réserve de l'encaissement du règlement de la cotisation. La date de validité indiquée ne peut être antérieure à la date d'envoi.
Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complète et exacte.
Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque la COMPAGNIE a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances. Je reconnais avoir pris connaissance du contrat.
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du service commercial d'ASSUR-TRAVEL. Toutes les informations sont obligatoires pour que votre contrat puisse être effectif. Sauf refus formulé par courrier en précisant votre nom, prénom, adresse, N° de contrat et N° d'adhésion ASSUR-TRAVEL, ASSUR-TRAVEL se réserve le droit de céder ou d'utiliser vos coordonnées à des fins commerciales.

Fait à Paris, Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Signature de l'adhérent (si paiement par chèque)** :

ASSUR TRAVEL – Société de courtage d'assurances
Siège social : 49, boulevard de Strasbourg 59000 Lille – Tél. 03 20 34 67 48 – Fax 03 20 64 29 17
Sarl au capital de 7600 Euros – Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances : QBE INSURANCE MG 9661176026 MG 9771796027
RCS Lille 451 947 378 000 27 - APE 672 Z