



Bulletin de souscription : Full Travel Assistance

Intermédiaire n°: _____
Nom: _____
Rue-N°-Bte: _____
Pays: __ Code postal: _____ Localité: _____

Preneur d'assurance:

Nom: _____
Rue-N°-Bte: _____
Pays: __ Code postal: _____ Localité: _____

Souhaite souscrire un contrat Full Travel Assistance.

Bénéficiaires:

Nom	Prénom	Date de naissance

Souhaite y ajouter l'assistance au véhicule

Plaque	Marque	Modèle	1 ^{ère} mise en circ.

Souhaite y ajouter un capital Accidents de Voyage (Décès et Invalidité Permanente) pour 12.500 EUR

Valeur totale du voyage : _____

Dates du voyage :

A partir du : _____ Jusqu' au : _____ inclus

Prime :

Base : _____ € (valeur du voyage) x 5% = _____ €

Option véhicule : ____ x ____ € = _____ €

Option Accidents de voyage : ____ x ____ € = _____ €

Total : _____ €

A renvoyer à : s.a. Assudis, Avenue Sleeckx 1, 1030 Bruxelles, Tel 02.247.77.10, Fax 02.247.77.19



Assudis S.A. – Avenue Sleeckx 1 - 1030 Bruxelles
ING 340-1067128-69 - BIC BBRUBEBB - IBAN BE71 3401 0671 2869
CBFA 47811 - 0474.436.007 - ☎ 02.247.77.10 - 📠 02.247.77.19
e-mail : broker@assudis.be - <http://www.assudis.be>