

AVA ZAP LOCATION



- Remboursement des frais d'annulation restant à la charge de l'assuré
- Y compris Rechute ou Aggravation de maladies antérieures

À PARTIR DE :

18€

EN FONCTION DU PRIX DE LA LOCATION

Cette assurance couvre le remboursement des frais d'annulation restant à votre charge, en cas d'empêchement, avant le début de la location.

La garantie est acquise quelque soit le type de séjour : mer, montagne ou campagne.

CRITÈRES

DURÉE DE LA GARANTIE
JUSQU'À 30 JOURS

RÉSIDENCE
FRANCE

NATURE DU SÉJOUR
COURT SÉJOUR,
LOISIRS

DESTINATION
FRANCE

LIMITE D'ÂGE
AUCUNE

GARANTIES



ANNULATION

RENFORTS, OPTIONS & TARIFS

COTISATION

Aucun remboursement ne sera versé en cas d'annulation ayant pour origine un événement à plus de 30 jours du départ.

Prime forfaitaire TTC

3% du prix du séjour

Minimum de prime

18€

LES OPTIONS

- à souscrire le jour de l'adhésion -

EXTENSION DE LA DURÉE DE LA GARANTIE : à partir de 27€

Dès l'inscription à la location, au lieu de 30 jours avant le début du séjour.

4.5% du prix du séjour TTC, minimum 27€.

 **infos**

- Aucun questionnaire médical préalable.

**PIONNIER DE L'ASSURANCE VOYAGE
ET DE L'ASSISTANCE DEPUIS 1981**

BULLETIN D'ADHESION

A compléter et à retourner à CGEA :

cgea@expat-care.com ou par courrier : CGEA, 37 rue des Murlins, CS 81845 - 45008 Orléans, Cedex

**Vous êtes un particulier et vous recherchez une garantie annulation de séjour en France,
nous vous proposons le contrat AVA ZAP LOCATION**

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 SEJOUR

Date d'arrivée : ___/___/_____ Date de départ : ___/___/_____

Date d'inscription au voyage : ___/___/_____

Destination : _____

Prix total du séjour : _____ €

LES ACCOMPAGNANTS

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

COTISATION

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

J'opte pour l'extension de garantie

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

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.

Fait à : _____ Le : ___/___/_____

Signature du Souscripteur

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

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