



BULLETIN D'ADHESION TRIAL

DATE D'EFFET :/...../.....

Le souscripteur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :/...../...../...../..... Mail : _____

Date de Naissance :/...../..... Date de Permis/...../..... N° de Permis : _____

Le véhicule

Marque : _____ Modèle : _____ Cylindrée : _____

N° Série : _____ N° immatriculation : _____

Date de 1^{ère} mise en circulation :/...../.....

Garanties

Niveau 1 :

Trial niveau 1 (79€/an)

Règlement par prélèvement annuel uniquement (veuillez remplir le mandat de prélèvement SEPA joint au bulletin d'adhésion.

Pour nous contacter : Par téléphone : Le mercredi de 9h à 12h et de 14h à 17h au 04 76 65 95 62

ou par mail : contact@abela-trial.fr

(* Je demande mon adhésion à l'Association ABELA, ainsi qu'aux garanties souscrites auprès de l'Assurance Lestienne. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association ABELA. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de mes garanties, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire. Je, soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association Abela (étant entendu que la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties pourra être invoquée s'il fait preuve d'une fausse déclaration). Le présent bulletin d'adhésion est valable jusqu'au 31/03/2020.

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

Signature du souscripteur

Avec la mention « lu et approuvé »