



**BP 34 – 51873 REIMS Cedex**  
**Tel : 03.26.87.71.38 / Fax : 09.70.62.90.43**  
**e.mail : [contact@assurances-lestienne.com](mailto:contact@assurances-lestienne.com)**  
**Orias : 13 007 888**

|   |
|---|
| <b>FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION</b><br><b>ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT JOURNEE</b><br><b>Auto Cross – Moto Cross - Montée Historique (y compris Démonstration)</b> |
|---|

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Date de naissance : .....

**Date(s) d'effet souhaitée(s) :** .....  
Nom et Lieu de la manifestation : .....

| GARANTIES  | TARIF TTC / JOUR 2024         |
|--|-------------------------------|
| Territorialité : Europe  |                               |
| Pilote   |                               |
| ➤ Capital décès 16 000 €   | <input type="checkbox"/> 23 € |
| ➤ Invalidité 75 000 € (avec franchise relative de 10%)   |                               |
| Autre personne*  |                               |
| ➤ Capital décès 8 000 €  | <input type="checkbox"/> 18 € |
| ➤ Invalidité 50 000 € (avec franchise relative de 10%)   |                               |
| <b>Cotisation totale TTC</b><br>(multiplier le nombre de jour tarif si plusieurs jours)<br><b>Attention : les garanties ne seront effectives qu'après réception du règlement dans nos locaux et acceptation de l'assureur</b><br><b>Règlement par chèque à l'ordre d'Assurance Lestienne</b> | ..... €                       |

\*Autres personnes qui participent à l'organisation de la compétition sportive : commissaires de course, personnels de pistes, médias et qui ne se trouvent pas dans un véhicule terrestre à moteur ayant adhéré au présent contrat Groupe.

Fait à ..... , le.....

Signature de l'assuré  
(précédé de la mention bon pour accord)