



**DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT GAN ASSURANCES.
IMPLANTS COCHLEAIRES - ASSOCIATION ALPC -**

Nom et prénom de l'assuré:

Adresse :

Code Postal et Ville :

Mail :

Téléphone :

RAPPEL : VOUS DEVEZ ÊTRE ADHÉRENT POUR BÉNÉFICIER DU CONTRAT CI-DESSOUS :

POUR : **(COCHER LA CASE DE L'OPTION VOULUE)**

TARIFS MENSUALISATION

OPTION 1 : 1 côté, processeur externe et implant, 170€ → 15,20 €

OPTION 2 : 2 côtés, processeurs externes et internes, 310€ → 26,83 €

Préciser s'il y a lieu d'un système HF, d'une prothèse controlatérale ou d'un second processeur de la même oreille et donc non utilisée simultanément : (entourer la réponse)

- **Système HF : Oui / Non**
- **Prothèse Controlatérale : Oui / Non**
- **2nd processeur : Oui / Non**
- **Autre accessoire, précisez :**

Par exemple : antenne, télécommande, boîtier déporté...

Processeur	Marque	N° de Série

MERCI DE NOUS TRANSMETTRE VOTRE RIB POUR LA MISE EN PLACE DU PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE OU CHÈQUE

JE CHOISIS LE MODE DE RÈGLEMENT PAR : **PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE** **CHÈQUE**

FRACTIONNEMENT : **ANNUEL** **SEMESTRIEL** **MENSUEL (PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE)**

DOCUMENT A RETOURNER A :
BBLC ASSURANCES, BP 187, 83 BD. CAMILLE BLANC 34202 SETE CEDEX ACCOMPAGNE DE
VOTRE RIB OU DU MONTANT CORRESPONDANT PAR CHEQUE A L'ORDRE DE GAN ASSURANCES

En envoyant par mail à assurance.alpc@bbbc.fr ou par fax au 04 67 74 17 63 ce document accompagné de votre RIB ou chèque, la garantie sera acquise dès le lendemain de la demande de souscription La date d'envoi faisant foi.

Fait à :, le/...../.....
Signature :