

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

Nom et prénom de l'assuré:

Adresse :

Code Postal et Ville :

Mail :

Téléphone :

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

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

TARIFS MENSUALISATION

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> OPTION 1 : 1 côté, processeur externe uniquement, 135€ | → 12,25 € |
| <input type="checkbox"/> OPTION 2 : 1 côté, processeur externe et implant, 170€ | → 15,20 € |
| <input type="checkbox"/> OPTION 3 : 2 côtés, processeurs externes uniquement, 250€ | → 21,83 € |
| <input type="checkbox"/> OPTION 4 : 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)

- **Systeme HF : Oui / Non**
- **Prothèse Controlatérale : Oui / Non**
- **2nd processeur : Oui / Non**

Je choisis le Paiement : ANNUEL SEMESTRIEL MENSUEL

Processeur	Date de mise en service de l'appareil	Prix	Marque	N° de Série

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

La garantie sera acquise dès le lendemain de la demande de souscription en envoyant ce document par mail à info@bbbc.fr ou par fax au 04 67 74 17 63 et sous réserve de réception sous 10 jours du chèque correspondant à l'option choisie. La date d'envoi faisant foi.

Fait à :, le/...../.....
Signature :