

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

Nom et prénom de l'assuré: .....

Adresse : .....

Code Postal et Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

**VEUILLEZ NOUS JOINDRE VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE POUR LA MISE EN PLACE DU PRÉLEVEMENT 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 € |

SOUS RESERVE D'ÊTRE ADHÉRENT A L'UNAPEDA

*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**
- 2<sup>nd</sup> 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 [assurance.unapeda@bbbc.fr](mailto:assurance.unapeda@bbbc.fr) ou par fax au 04 67 74 17 63 et sous réserve de réception du chèque correspondant à l'option choisie. La date d'envoi faisant foi.**

CACHET EVENTUEL DE  
L'ASSOCIATION

Fait à : ....., le ...../...../.....

Signature :