BULLETIN DE SOUSCRIPTION
ASSURANCES IMPLANTS COCHLEAIRES

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ: .....
ADRESSE :.....
CODE POSTAL ET VILLE : .....
MAIL : .....
TÉLÉPHONE : .....
ASSOCIATION CHOISIE : .....

RAPPEL : VOUS DEVEZ ÊTRE ADHÉRENT À UNE ASSOCIATION PARTENAIRE POUR BÉNÉFICIER DES TARIFS CI-DESSOUS

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

☐ **OPTION 1 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE UNIQUEMENT, 151€**

☐ **OPTION 2 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE ET IMPLANT, 191 €**

☐ **OPTION 3 :2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES UNIQUEMENT, 280 €**

☐ **OPTION 4 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES ET PARTIES INTERNES, 347 €**

** LA PREMIÈRE MENSUALITÉ CONTIENT LA TAXE CATASTROPHE NATURELLE ET ATTENTAT*

PRÉCISER S'IL Y A LIEU :	JE CHOISIS DE RÉGLER
SYSTÈME HF : ☐ OUI / ☐ NON **PROTHÈSE CONTROLATÉRALE : ☐ OUI / ☐ NON** **2ND PROCESSEUR DU MÊME COTE : ☐ OUI / ☐ NON**	☐ **PAR PRÉLÈVEMENT GRATUITEMENT :** ☐ **ANNUEL** ☐ **SEMESTRIEL** ☐ **MENSUEL** ☐ **PAIEMENT ANNUEL PAR CHÈQUE :**

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

PROCESSEUR	MARQUE	N° DE SÉRIE
OD		
OG		

SI VOUS SOUHAITEZ PAYER PAR PRÉLÈVEMENT, ENVOYEZ :

- PAR MAIL À info@bblc.fr
- OU PAR COURRIER A BBLC ASSURANCES, BP 187, 83 BD. CAMILLE BLANC 34202 SETE CEDEX

VOTRE RIB AINSI QUE VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

SI VOUS SOUHAITEZ PAYER PAR CHÈQUE :

ENVOYEZ UNIQUEMENT VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION, VOUS RECEVREZ PROCHAINEMENT VOTRE APPEL DE COTISATION.

FAIT À : ....., LE ...../...../.....
SIGNATURE :