

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

Nom et prénom de l'assuré:

Adresse :

Code Postal et Ville :

Mail :

Téléphone :

VOUS DEVEZ ETRE ADHERENT POUR BENEFICIER DU CONTRAT CI-DESSOUS

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

- OPTION 1 : 1 côté, processeur externe uniquement, 135 € soit 11.25 € par mois**
- OPTION 2 : 1 côté, processeur externe et interne, 170 € soit 14.2€ par mois**
- OPTION 3 : 2 côtés, processeurs externes uniquement, 250€ soit 20.83€ par mois**
- OPTION 4 : 2 côtés, processeurs externes et internes, 310 € soit 25,34 € par mois**

Préciser s'il y a lieu d'accessoire (entourer la réponse) :

- **Systeme 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

NOUS TRANSMETTRE VOTRE RIB POUR LA MISE EN PLACE GRATUITE DU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

JE CHOISIS LE MODE DE REGLEMENT PAR : **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE** **CHEQUE**

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

DOCUMENT A RETOURNER A :
BBL C 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 info@bbbc.fr ou par fax au 04 67 74 17 63 ce document accompagné de votre RIB, la garantie sera acquise dès le lendemain de la demande de souscription La date d'envoi faisant foi.

Fait à :, le/...../.....

Signature :