

**DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT GAN ASSURANCES.  
PROTHESES AUDITIVES**

Nom et prénom de l'assuré: .....

Date de naissance de l'assuré : .....

Adresse : .....

Code Postal et Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

**VOUS DEVEZ ETRE ADHERENT POUR BENEFICIER DE SES TARIFS CI-DESSOUS :**

Pour :

**MONO : ENFANT/ADULTE 24 €**

**STEREO : ENFANT/ADULTE 48€**

Prothèse Auditive	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 DU**  
**MONTANT CORRESPONDANT PAR CHEQUE A L'ORDRE DE GAN ASSURANCES**

En envoyant par mail à [info@bbbc.fr](mailto:info@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 :