

## BULLETIN D'ADHESION ASSURANCES PROTHESES AUDITIVES

**TARIF DU 1IER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE ILS SONT DONC PRORATISÉS SUIVANT VOTRE DATE D'ENTRÉE AU CONTRAT D'ASSURANCE.**

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ: .....

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL ET VILLE : .....

MAIL : .....

TÉLÉPHONE : .....

**RAPPEL : VOUS DEVEZ ÊTRE ADHÉRENT À UNE ASSOCIATION PARTENAIRE POUR BÉNÉFICIER DES 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 À RETOURNER :**

- PAR MAIL À [info@bbbc.fr](mailto:info@bbbc.fr)

- OU PAR COURRIER A BBLC ASSURANCES, BP 187, 83 BD. CAMILLE BLANC 34202 SETE CEDEX

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