

**BULLETIN D'ADHESION ASSURANCES PROTHESES AUDITIVES – SURDI 34**

*TARIF DU 1IER JANVIER AU 31 DECEMBRE ILS SONT DONC PRORATISES SUIVANT VOTRE DATE D'ENTREE AU CONTRAT D'ASSURANCE.*

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : .....

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL ET VILLE : .....

MAIL : .....

TELEPHONE : .....

**RAPPEL : VOUS DEVEZ ETRE ADHERENT A SURDI 34 POUR BENEFICIER DES TARIFS CI-DESSOUS :**

POUR :

**MONO : ENFANT/ADULTE 24 €**

**STEREO : ENFANT/ADULTE 48€**

PROTHESE AUDITIVE	DATE DE MISE EN SERVICE DE L'APPAREIL	PRIX	MARQUE	N° DE SERIE

**DOCUMENT A RETOURNER :**

- PAR MAIL A [assurance.surdifrance@bbbc.fr](mailto:assurance.surdifrance@bbbc.fr)
- OU PAR COURRIER A BBLC ASSURANCES, BP 187, 83 BD. CAMILLE BLANC 34202 SETE CEDEX

FAIT A : ....., LE ...../...../.....  
SIGNATURE :