



**DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT GAN ASSURANCES.
ANCRAGE OSSEUX (EX : BAHA)**

Nom et prénom de l'assuré:

Adresse :

Code Postal et Ville :

Mail :

Téléphone :

VEUILLEZ NOUS JOINDRE VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE POUR LA MISE EN PLACE DU PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

RAPPEL : VOUS DEVEZ ÊTRE ADHÉRENT A SURDI 34 POUR BÉNÉFICIER DE SES TARIFS CI-DESSOUS :

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

Option 1 : Un appareil : 170 €

Option 2 : Deux appareils : 310 €

Préciser s'il y a lieu d'un système HF, d'une prothèse controlatérale ou d'un second processeur de la même oreille et donc non utilisée simultanément : (entourer la réponse)

- Système HF : Oui / Non**
- Prothèse Controlatérale : Oui / Non**
- 2nd processeur : Oui / Non**

Je choisis le Paiement : **ANNUEL** **SEMESTRIEL** **MENSUEL**

Processeur	Marque	N° de Série

DOCUMENT A RETOURNER A :
BBLC 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

La garantie sera acquise dès le lendemain de la demande de souscription en envoyant ce document par mail à assurance.surdifrance@bbbc.fr ou par fax au 04 67 74 17 63 et sous réserve de réception du chèque correspondant à l'option choisie. La date d'envoi faisant foi.

Fait à :, le/...../.....

Signature :