

BULLETIN D'ADHESION ASSURANCES IMPLANTS COCHLEAIRES

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ:

ADRESSE :

CODE POSTAL ET VILLE :

MAIL :

TÉLÉPHONE :

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

OPTION 1 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE UNIQUEMENT, 135 €
 PREMIÈRE MENSUALITÉ DE 16,75 € PUIS 11 MENSUALITÉS DE 10,75 €

OPTION 2 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE ET IMPLANT, 170 €
 PREMIÈRE MENSUALITÉ DE 19,63 € PUIS 11 MENSUALITÉS DE 13,67 €

OPTION 3 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES UNIQUEMENT, 250 €
 PREMIÈRE MENSUALITÉ DE 26,26 € PUIS 11 MENSUALITÉS DE 20,34€

OPTION 4 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES ET PARTIES INTERNES, 310 €
 PREMIÈRE MENSUALITÉ DE 31,26 € PUIS 11 MENSUALITÉS DE 25,34 €

* LA PREMIÈRE MENSUALITÉ CONTIENT LA TAXE CATASTROPHE NATURELLE ET ATTENTAT

PRÉCISER S'IL Y A LIEU : SYSTÈME HF : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON PROTHÈSE CONTROLATÉRALE : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON 2ND PROCESSEUR MÊME COTÉ : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	JE CHOISIS DE RÉGLER <input type="checkbox"/> PAR PRÉLÈVEMENT GRATUITEMENT : <input type="checkbox"/> ANNUEL <input type="checkbox"/> SEMESTRIEL <input type="checkbox"/> MENSUEL <input type="checkbox"/> PAIEMENT ANNUEL PAR CHÈQUE :
---	--

MERCI DE NOUS TRANSMETTRE VOTRE RIB POUR LA MISE EN PLACE DU PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE *

LE CONTRAT PREND EFFET LE 1^{ER} DE CHAQUE MOIS

PROCESSEUR	MARQUE	N° DE SÉRIE
OD		
OG		

SI VOUS SOUHAITEZ PAYER PAR PRÉLÈVEMENT, ENVOYEZ :

- PAR MAIL À assurance.cochleebretagne@bbbc.fr
 - OU PAR COURRIER A BBLC ASSURANCES, BP 187, 83 BD. CAMILLE BLANC 34202 SETE CEDEX
 VOTRE RIB AINSI QUE VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

SI VOUS SOUHAITEZ PAYER PAR CHÈQUE :

ENVOYEZ UNIQUEMENT VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION, VOUS RECEVREZ PROCHAINEMENT VOTRE APPEL DE COTISATION.

FAIT À :, LE/...../.....
 SIGNATURE :