



BULLETIN D'ADHESION ASSURANCES IMPLANTS COCHLEAIRES

NOM ET PRÉNOM 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: (COCHER LA CASE DE L'OPTION VOULUE)

- OPTION 1 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE UNIQUEMENT, 149 €**
- OPTION 2 : 1 CÔTÉ, PROCESSEUR EXTERNE ET IMPLANT, 188 €**
- OPTION 3 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES UNIQUEMENT, 276 €**
- OPTION 4 : 2 CÔTÉS, PROCESSEURS EXTERNES ET PARTIES INTERNES, 342 €**

* 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 DU MÊME COTE : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<u>JE CHOISIS DE RÉGLER</u> <input type="checkbox"/> <u>PAR PRÉLÈVEMENT GRATUITEMENT :</u> <input type="checkbox"/> ANNUEL <input type="checkbox"/> SEMESTRIEL <input type="checkbox"/> MENSUEL <input type="checkbox"/> <u>PAIEMENT ANNUEL PAR CHÈQUE :</u>
--	---

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

<u>PROCESSEUR</u>	<u>MARQUE</u>	<u>N° DE SÉRIE</u>
OD		
OG		

SI VOUS SOUHAITEZ PAYER PAR PRÉLÈVEMENT, ENVOYEZ :

- PAR MAIL À info@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 :