

FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT D'ASSURANCE BAHA
Allianz 1er Mars 2014- 28 Février 2015 (à remplir entièrement et à renvoyer avec le règlement)

Nom de la personne assurée :		Prénom :	
Adresse : n°.....rue			
CP.....		VILLE	
N° de téléphone :		Adresse email :	
Nom de la personne responsable de l'assuré si enfant :		Prénom :	

souhaite une assurance pour :

<input type="checkbox"/> BAHA droite Elle couvre aussi un micro HF	<input type="checkbox"/> BAHA gauche Elle couvre aussi un micro HF
Tarif : 192 €	

Marque de votre appareil :	
Modèle :	N° de série BAHA droite :
Modèle :	N° de série BAHA gauche :
En cas de port d'un micro HF : marque : Référence :	

L'assurance a pour objet de garantir les implants cochléaires contre les risques de **VOL, PERTE, et DOMMAGES ACCIDENTELS** et ce, **SANS** déduction de **VETUSTE, NI FRANCHISE**



Pour bénéficier du tarif « contrat de groupe Allianz » ci-dessus
vous devez être à jour de votre cotisation annuelle à l'association
« Mieux s'entendre pour se comprendre ».



Le chèque doit être établi à l'ordre de « Association mieux s'entendre pour se comprendre » et doit être envoyé au siège de l'association (282 rue Montpencher BP21 62251 HENIN BEAUMONT CEDEX)

Dans le cas où vous ne souhaitez pas renouveler votre contrat d'assurance chez nous, il est impératif de nous envoyer un courrier de résiliation 15 jours avant l'échéance de votre contrat.

Fait à
Le

Signature :