



DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT DE GROUPE AIFIC/ALLIANZ

ASSURANCE DE L'IMPLANT COCHLÉAIRE OU IMPLANT D'OREILLE MOYENNE COUVRANT L'AIDE AUDITIVE TRADITIONNELLE DE L'AUTRE OREILLE

Il s'agit d'un contrat de groupe souscrit par AIFIC au bénéfice de ses adhérents qui doivent être à jour de leur cotisation pour en bénéficier.

Madame / Monsieur (rayez la mention inutile)

NOM : E-mail :
Prénom : Téléphone :
Adresse :
Code postal et VILLE :
Marque de l'implant : Année d'implantation :
Modèle du processeur : Année du processeur :

- Je certifie être adhérent(e) à l'AIFIC et être à jour de ma cotisation annuelle
- Je porte également une aide auditive traditionnelle et/ou un micro HF
- Je reconnais avoir été informé(e) des conditions particulières de ce contrat

L'assurance de l'aide auditive et/ou de l'appareil HF est incluse dans le prix de l'assurance de l'implant cochléaire ou implant d'oreille moyenne, c'est là un avantage non négligeable du contrat de groupe AIFIC. (Je joins la copie de la facture d'achat de l'aide auditive et/ou micro HF).

Option d'assurance choisie selon conditions particulières :

Formule 1 = 180 € Formule 2 = 220 € Formule 3 = 300 € Formule 4 = 348 €

Pour toute adhésion en cours de semestre, mon règlement est calculé au prorata des mois du semestre restants à courir, comme indiqué dans les conditions.

- je règle ma première échéance par chèque à l'ordre de « ALLIANZ », le cas échéant au prorata du trimestre en cours et :

- j'adresse mon chèque avec cette demande remplie et signée (par courrier affranchi au tarif lettre) à : ALLIANZ PAU-VERDUN, 17, allée Lamartine, 64000 PAU

J'ai pris connaissance de ce que les appels de cotisations suivantes me seraient directement adressés par ALLIANZ.

Ci-joint mon chèque de€ à l'ordre de « ALLIANZ »

Pour la période du au
(l'assurance est effective dès réception du chèque par ALLIANZ)

Fait à :

Date : Signature :