

## Pour adhérer à l'association CISIC

Remplissez ce bulletin et adressez-le avec votre règlement à l'ordre de CISIC à l'adresse suivante :  
**Association CISIC ; 41 rue Henri Barbusse ; 75 005 PARIS**

NOM .....

Prénom .....

Adresse .....

CP – Ville.....

N° Tél: .....

E-mail : .....  
(Envoi mensuel d'une lettre d'information)

Je suis  implanté  parent d'implanté

Nom et prénom enfant implanté (si parent d'implanté) : .....

Date d'implantation : .....

Centre d'implantation : .....

Type d'implant cochléaire : .....

Implantation bilatérale : oui non

J'autorise l'association à communiquer mes coordonnées à d'autres adhérents : oui non

Cotisation annuelle : 15 euros  
(non déductible des impôts)

Cotisation annuelle avec envoi du guide : 20 euros

Don supplémentaire : .....  
(Ce don étant déductible des impôts,  
un reçu fiscal vous sera adressé)

Règlement par chèque à l'ordre de CISIC  
ou par mandat cash en vous présentant à un guichet  
de LA POSTE

Fait à ..... le .....

Signature

## Pour assurer votre implant cochléaire

**Nos adhérents peuvent souscrire à un de nos contrats d'assurances implant cochléaire CISIC/ Allianz.**

Pour souscrire, complétez ce bulletin en y joignant un chèque pour votre cotisation d'assurance correspondant à votre mois de souscription (voir les tableaux des primes ci-dessous) à l'ordre de **Allianz** et adressez le tout à :  
**Jean-Luc Maixant ; Agent général Allianz ; 32 rue de Liège ; 64 000 PAU**

NOM .....

Prénom .....

Adresse.....

CP – Ville .....

N° Tél : .....

E-mail : .....

Nom et prénom assuré : .....

MARQUE DE L'IMPLANT : .....

MODELE : .....

N° SERIE : .....

### Choix de l'option d'assurance :

**Option 1** (180 EUR/an) : Assurance de l'appareillage externe de l'implant cochléaire uniquement

**Option 2** (220 EUR/an) : Assurance appareillage externe + implant interne

**Option 3** (300 EUR/an) : Assurance de l'appareillage externe des deux implants cochléaires uniquement (implantation bilatérale, deux cotés implantés)

**Option 4** (348 EUR/an) : Assurance appareillage externe + implant interne « implantation bilatérale, deux cotés implantés »

**Date début assurance :** .....  
(Montant de la 1ere prime en fonction de cette date au verso)

**« Je déclare être adhérent(e) à l'association CISIC »**

Fait à ..... le .....

Signature

## Le montant de la première prime d'assurance dépend de l'option choisie et de la date de début d'assurance souhaitée :

### « Partie externe uniquement » (option 1)

Mois de souscription	Montant de la 1ere prime
Octobre ou Avril	90
Novembre ou Mai	75
Décembre ou Juin	60
Janvier ou Juillet	45
Février ou Aout	30
Mars ou Septembre	15

### « Bilatéral partie externes uniquement » (option 3)

Mois de souscription	Montant de la 1ere prime
Octobre ou Avril	150
Novembre ou Mai	125
Décembre ou Juin	100
Janvier ou Juillet	75
Février ou Aout	50
Mars ou Septembre	25

### « Parties externe et interne » (option 2)

Mois de souscription	Montant de la 1ere prime
Octobre ou Avril	110
Novembre ou Mai	92
Décembre ou Juin	74
Janvier ou Juillet	55
Février ou Aout	37
Mars ou Septembre	19

### « Bilatéral parties externe et interne » (option 4)

Mois de souscription	Montant de la 1ere prime
Octobre ou Avril	174
Novembre ou Mai	145
Décembre ou Juin	116
Janvier ou Juillet	87
Février ou Aout	58
Mars ou Septembre	29

*Exemples d'utilisation des tableaux pour calculer la première prime :*

- *Pour un démarrage de l'assurance option 2 demandé le 9 juin 2016 : le montant de la première prime est égal à 74 EUR.*
- *Pour un démarrage de l'assurance option 3 demandé le 21 septembre 2016, le montant de la première prime est de 25 EUR*