

Formulaire de souscription ASSURANCE IMPLANT COCHLÉAIRE GROUPAMA

Pour souscrire à l'assurance, formulaire à compléter et à retourner par courrier à :
Groupama Agence Association - Adhérent CISIC - 1 avenue de Limoges - CS 60001 - 79044 NIORT Cedex 9

Vos coordonnées :

Nom et Prénom du Souscripteur (tuteur ou représentant légal) :

Né (e) le :

Adresse :

CP :

Ville :

N° Tél :

E-mail :

Profession :

Nom et prénom de l'implanté (si différent du souscripteur) :

Date de naissance de l'implanté :

Votre Implant cochléaire :

Oreille droite : Advanced Bionics Cochlear Med-El Oticon Année d'implantation :

Oreille gauche : Advanced Bionics Cochlear Med-El Oticon Année d'implantation :

Choix de l'option d'assurance (cocher la case de l'option souhaitée) :

Formule Sécurité - avec indemnisation annuelle		
Option 1 : 140 €	<input type="checkbox"/>	Assurance de l'appareillage externe de l'implant cochléaire exclusivement (implantation unilatérale, un seul côté implanté) à hauteur de 6000 €
Option 2 : 175 €	<input type="checkbox"/>	Assurance appareillage externe + implant interne (implantation unilatérale, un seul côté implanté) à hauteur de 15 000 €
Option 3 : 255 €	<input type="checkbox"/>	Assurance de l'appareillage externe des deux implants cochléaires exclusivement (implantation bilatérale, deux cotés implantés) à hauteur de 12 000 €
Option 4 : 315 €	<input type="checkbox"/>	Assurance appareillage externe + implant interne (implantation bilatérale, deux cotés implantés) à hauteur de 30 000 €
Formule Confort - avec indemnisation par sinistre.		
Option 1 : 165 €	<input type="checkbox"/>	Assurance de l'appareillage externe de l'implant cochléaire exclusivement (implantation unilatérale, un seul côté implanté) à hauteur de 10 000 €
Option 2 : 200 €	<input type="checkbox"/>	Assurance appareillage externe + implant interne (implantation unilatérale, un seul côté implanté) à hauteur de 20 000 €
Option 3 : 275 €	<input type="checkbox"/>	Assurance de l'appareillage externe des deux implants cochléaires exclusivement (implantation bilatérale, deux cotés implantés) à hauteur de 30 000 €
Option 4 : 325 €	<input type="checkbox"/>	Assurance appareillage externe + implant interne (implantation bilatérale, deux cotés implantés) à hauteur de 40 000 €

Je choisis de régler :

PAR PRÉLÈVEMENT (Gratuit) : se reporter à l'autorisation de prélèvement ci-jointe

PAR CHEQUE OU TIP (Annuel)

Date de début d'assurance :

Je déclare être adhérent(e) à l'association CISIC,

Fait à

le

Signature :

DES QUESTIONS, UN CONSEIL ?

Vous pouvez contacter le service client Groupama des adhérents CISIC.

☎ 05 49 28 66 55 - ✉ agence-association@groupama-ca.fr

CONTRAT D'ASSURANCES IMPLANTS COCHLÉAIRES CISIC/GROUPAMA

Ce contrat est réservé exclusivement aux adhérents de l'association CISIC.

A cet effet, votre numéro d'adhérent est à renseigner en 1^{ère} page

Si cette adhésion est récente (pas de numéro d'adhérent), notez « en cours » sur la ligne réservée au numéro d'adhérent.

Les garanties accordées :

Nous garantissons les dommages aux biens des implants cochléaires, pour les adhérents de l'association CISIC.

Par dommages aux biens nous entendons, les dommages matériels causés aux biens assurés résultant, d'un évènement accidentel, d'un vol ou d'une tentative de vol, d'un incendie ou d'une explosion, de la perte ou de l'immersion.

Les biens assurés :

Nous prenons en charge les implants cochléaires qui se décomposent de la façon suivante :

- la partie externe appelée processeur,
- la partie interne appelée implant
- les accessoires (antenne, télécommande, boîtier déporté)
- la prothèse auditive (controlatérale)
- les systèmes Haute Fréquence et accessoires de connectivité.
- un ancien processeur porté occasionnellement du même côté que celui qui a été déclaré

Les exclusions de garanties :

Les dommages dus à une utilisation incorrecte du matériel par l'assuré (à l'exception des enfants de moins de 6 ans), les pannes, les frais d'entretien, les frais chirurgicaux, les consommables (piles, câble et batteries).

Conditions d'application des garanties :

En cas de sinistre, aucune franchise ne sera appliquée, aucune vétusté ne sera déduite et aucune avance de frais ne sera demandée.

La garantie est acquise en France y compris les DOM-TOM, en Europe ainsi que dans le Monde entier pour des séjours consécutifs ou non de moins de trois mois.

Le montant des garanties :

Le montant garanti correspond à l'option que vous avez choisie au recto.

Durée du contrat :

Votre contrat est conclu pour une durée d'un an.

Il se renouvelle chaque année, à son échéance principale au 01/01, par tacite reconduction.

DES QUESTIONS, UN CONSEIL ?

Vous pouvez contacter le service client Groupama des adhérents CISIC.

☎ 05 49 28 66 55 - ✉ agence-association@groupama-ca.fr

Référence Unique du Mandat (cadre réservé à GROUPAMA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Groupama Centre-Atlantique à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Groupama Centre-Atlantique. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

*** MENTIONS OBLIGATOIRES**
NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

* Nom : _____ * Prénom : _____

* Adresse : _____

* Code postal : * Ville : _____

* Pays : _____

* IBAN Identifiant International de Compte Bancaire (International Bank Account Number) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* BIC Identifiant International de l'établissement bancaire (Bank Identifier Code) :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

* Nom : Groupama Centre-Atlantique

* Adresse : 2, avenue de Limoges
CS 60001

* Code postal : * Ville : NIORT Cedex 9

* Pays : France

* ICS - Identifiant Créancier SEPA FR87ZZZ260635

* Type de paiement Paiement récurrent répétitif

Prélèvement au 10 du mois (cocher la case votre choix) :

- Mensuel
- Trimestriel
- Semestriel
- Annuel

* Signature du titulaire du compte :

* Date : _____ * Lieu : _____

IMPORTANT : Joindre votre RIB