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 : …………………………………

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

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 compte en vous présentant à un guichet de LA POSTE et en demandant à effectuer un virement sur le compte CCP La Source 0645 585 N ou par virement
N° IBAN : FR08 2004 1010 1206 4558 5N03 377

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 28 rue de Liège 64 000 PAU

NOM ………………………………….............

Prénom ………………………………….. …………..

Adresse……………………...…………………………

…………. …………………………………………….…

CP – Ville ………..……………………………………..

N° Tél : ………………...

E-mail : ....

Nom et prénom assuré : ………………………………………

MARQUE DE VOTRE APPAREIL : ……………………………..

MODELE : ………………………………………………………...

N° SERIE :…..………………………………………………………

<u>**Option d'assurance au choix :**</u>

Option 1 (192 EUR/an) : Assurance de <u>l'appareillage externe de l'implant cochléaire uniquement</u>

Option 2 (240 EUR/an) : Assurance appareillage externe + implant interne

Option 3 (348 EUR/an) : Assurance de <u>l'appareillage externe des deux implants cochléaires uniquement</u> (implantation bilatérale, deux cotés implantés)

Option 4 (396 EUR/an) : Assurance appareillage externe + implant interne « implantation bilatérale, deux cotés implantés »

Date début assurance : ……………………………………………
(Montant de la prime au verso)

« Déclare être adhérent(e) à l'association CISIC »

Fait à le
Signature

<u>**« Partie externe » option 1**</u>

mois de souscription	**Montant de la prime**
Octobre ou Avril	96
Novembre ou Mai	80
Décembre ou Juin	64
Janvier ou Juillet	48
Février ou Aout	32
Mars ou Septembre	16

<u>**« Parties externe et interne » option 2**</u>

mois de souscription	**Montant de la prime**
Octobre ou Avril	120
Novembre ou Mai	100
Décembre ou Juin	80
Janvier ou Juillet	60
Février ou Aout	40
Mars ou Septembre	20

<u>**« Bilatéral Partie externes » option 3**</u>

mois de souscription	**Montant de la 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

<u>**« Bilatéral Parties externe et interne » option 4**</u>

mois de souscription	**Montant de la prime**
Octobre ou Avril	198
Novembre ou Mai	165
Décembre ou Juin	132
Janvier ou Juillet	99
Février ou Aout	66
Mars ou Septembre	33