

CONTRAT ASSURANCE ANNÉE 2024

Contrat valable du 01/01/2024 au 31/12/2024

**À retourner à l'URAPEDA- ARALD / Fédération Anpeda 26 rue Simone Veil 69200 Vénissieux
accompagné**

- de **ce formulaire** mentionnant la formule choisie et muni **du cachet de votre association** (ou de tout autre justificatif d'adhésion à votre association)
- de **la facture d'achat du ou des appareils auditifs**
- **du règlement** correspondant à la formule choisie par virement IBAN : FR76 3000 4028 3700 0105 9249 394 ou par chèque

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile et/ou Mobile :

Adresse mail :

Nom et prénom de la personne appareillée :

Date de naissance de la personne appareillée :

Date d'achat et caractéristiques du ou des appareils à assurer :

Cachet de votre association de rattachement obligatoire

demande à adhérer au Contrat groupe assurance des prothèses auditives N° B 041700.007V souscrit par les adhérents de la Fédération ANPEDA auprès de La Sauvegarde, pour la période du 01/01/2024 au 31/12/2024 et choisit la formule (entourer la formule choisie ci-dessous).

Attention, vous devez choisir une formule correspondant au montant de la facture d'achat de l'appareillage que vous assurez avant rabais commercial pratiqué par l'audioprothésiste.

| Formule | Selon la facture d'achat de l'appareillage auditif d'une valeur maximum de | Cotisation annuelle TTC | Date de souscription du contrat |
|---------|--|-------------------------|---------------------------------|
| 1 | 1.700 Euros | 42 Euros | |
| 2 | 3.500 Euros | 63 Euros | |
| 3 | 5.500 Euros | 98 Euros | |
| HF | | 58 Euros | |
| IC | | 248 Euros | |

Si en cours d'année il y a changement d'appareil, envoyez-nous la facture acquittée afin que le contrat soit mis à jour selon le type et la valeur d'achat des nouveaux appareils (contour ou appareil HF).

Fait à :

le

Signature :

Assurance Prothèses Auditives Contrat groupe GMF Sauvegarde N°B041700.007V