

L'assurance des Prothèses Auditives



Agence PAU VERDUN
17 Allée Lamartine -64000 PAU
Mail : pau.verdun@allianz.fr

V. FAURE et S.DURAND
tél : 05.59.27.81.30
N°ORIAS : 17006023 et 18007301

Protégez votre prothèse auditive contre les risques de dommages accidentels, perte et vol

ALLIANZ a conçu pour vous un contrat adapté aux spécificités de votre prothèse auditive.

Nous garantissons votre matériel pour :

Les dommages matériels résultant :

- de vol
- d'une cause accidentelle
- d'incendie

Ainsi que la perte de votre appareil.

En cas de sinistre **aucune avance de frais**, règlement direct à l'audioprothésiste **sans franchise ni vétusté**.

DEBUT DE GARANTIE

A réception de votre demande accompagnée d'un chèque de règlement à l'ordre d'ALLIANZ, la garantie prendra effet ; vous recevrez votre contrat par courrier pour signature.

NOS OPTIONS, NOS TARIFS 2020

Option 1 : Pour une prothèse : **155,00€**

Option 2 : Pour deux prothèses : **185,00€**

Option 3 : Pour une prothèse et un HF : **218,00€**

Option 4 : Pour deux prothèses et un HF : **248,00€**

LES POSSIBILITES DE REGLEMENTS

Annuel (Chèque du montant total)

Semestriel (Chèque de 50% du montant annuel)

Mensuel avec frais (chèque 2 mois de cotisation +RIB)

Contrat annuel à tacite reconduction.

CE QUE NOUS NE POUVONS GARANTIR, EXCLUSIONS :

- Les conséquences de l'usure, du défaut d'entretien, de la manipulation
- Les frais d'entretien et de maintenance.
- Les consommables de toute nature (piles et batterie)
- Les dommages entrant dans le cadre de la garantie légale du vendeur, du constructeur, du réparateur.

COMMENT S'EXERCE NOTRE GARANTIE ?

SANS FRANCHISE : Somme restant à la charge de l'assuré en cas de sinistre.

SANS VETUSTE : Abattement mesurant la dépréciation de l'objet par rapport à un objet neuf.

Nous prenons en charge l'**intégralité du montant des dommages** (sauf les consommables).

L'indemnité est évaluée sur la base du matériel d'origine, appartenant à l'assuré au jour du sinistre.

La prise en charge tiendra compte du prix du matériel à la date du dommage.

Il pourra être remplacé par un équipement de même valeur, de nature et de qualité équivalente.

Si votre prothèse est activée depuis plus de 30 jours, veuillez nous fournir une **attestation signée d'un professionnel de santé** (médecin, audio,...) garantissant le bon fonctionnement du matériel + photos des appareils.

Bulletin Adhésion au dos ⇒

BULLETIN D'ADHESION

Je reconnais avoir été informé des conditions de souscription, c'est pourquoi **je choisis l'option suivante :** (cocher la case correspondante)

- Option 1 pour **une prothèse : 155,00€** Option 3 pour **une prothèse et un HF : 218,00€**
 Option 2 pour **deux prothèses : 185,00€** Option 4 pour **deux prothèses et un HF : 248,00€**

Je choisis le règlement :

- Règlement annuel Règlement semestriel Règlement mensuel

Je demande la souscription dès réception de ce formulaire à l'agence ALLIANZ PAU VERDUN.

Nom et prénom de l'assuré, porteur de l'appareil : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom et prénom du responsable légal (si le porteur est mineur) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ ou ____ / ____ / ____ / ____

Email : _____ @ _____

Date de mise en service du matériel : ____ / ____ / ____

Marque : _____

Modèle (droit) : _____ **Numéro de série :** _____

Modèle (gauche) : _____ **Numéro de série :** _____

Je joins la facture d'achat de mon appareil auditif.

Si vous êtes en possession de votre appareil depuis plus de 30 jours, fournir une **attestation signée** d'un professionnel de santé (médecin, audio,...) garantissant le bon fonctionnement du matériel + photos des appareils.

A : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature : _____

En cas de **mensualisation** veuillez nous adresser à l'adhésion, le **montant de 2 mois de cotisation**, ainsi que **votre relevé d'identité bancaire**.

Montant pour 2 mois Option 1 : **25,83 €**
Montant pour 2 mois Option 2 : **30,83 €**

Montant pour 2 mois Option 3 : **36,33 €**
Montant pour 2 mois Option 4 : **41,33 €**

NOM ET ADRESSE DE VOTRE AUDIOPROTHÉSISTE (si possible tampon):