

# L'assurance des Prothèses Auditives



Agence PAU VERDUN  
17 Allée Lamartine - 64000 PAU  
Mail : [pau.verdun@allianz.fr](mailto:pau.verdun@allianz.fr)

V. FAURE et S.DURAND  
☎ : 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 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€**

**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 AUDIOPROTHESISTE** (si possible tampon):