# 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 formulecorrespondant 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 :

**EN CAS DE SINISTRE...**

***Que devez-vous faire ?***

1. **Signaler à la Fédération ANPEDA dans les 5 jours, le cachet de la poste faisant foi, le sinistre survenu en retournant le formulaire correspondant dûment complété et *dans tous les cas* avant d’apporter l’appareil chez l’audioprothésiste. Tout sinistre signalé au-delà de ce délai ne sera pas pris en charge.**

1. **Envoyer à la Fédération ANPEDA, dès qu’ils sont en votre possession, les justificatifs suivants :**

**- copie** de la facture de réparation ou d’achat d’un nouvel appareil

**- copie** du décompte de remboursement obtenu de votre sécurité sociale ou de la lettre de refus de prise en charge

**- copie** du décompte de remboursement de votre mutuelle complémentaire ou déclaration sur l'honneur que vous n'avez pas de mutuelle complémentaire.

 **Rappel de l’adresse postale pour les envois :**

 **URAPEDA-ARALD / ANPEDA :**

**26 rue Simone Veil**

 **69200 Vénissieux**

 **Envoi doublé d’un mail, si possible, pour un traitement plus rapide**

**anpeda@wanadoo.fr**

***Quel circuit suivra votre déclaration ?***

**L’ANPEDA**

1. valide votre déclaration (adhésion à jour, conformité aux conditions de garantie définies dans le contrat)
2. vous contacte si nécessaire pour compléter votre déclaration, vous adresse un accusé de réception
3. transmet votre déclaration validée à « La Sauvegarde », puis, dès leur réception, toutes les pièces justificatives

(frais de réparation ou de nouvel achat d’appareils, montants pris en charge par la sécurité sociale ou la mutuelle..)

**La Sauvegarde**

1. enregistre votre déclaration, évalue le montant de l’indemnité
2. adresse à l’ANPEDA, qui vous le fait suivre, votre chèque de remboursement

**En cas de sinistre, n’hésitez pas à nous contacter**

 **- par mail à** anpeda@wanadoo.fr

  **- par téléphone au 06 71 32 83 99**

**DECLARATION DE SINISTRE**

***à adresser à Fédération ANPEDA - Urapeda - ARALD***

***26 rue Simone Veil 69200 Vénissieux***

***et si possible, plus rapide, par mail à anpeda@wanadoo.fr***

***dans un délai de 5 jours à compter de la date du sinistre***

 Mme  M :

N° d’adhérent à l’assurance prothèses

(Inscrit sur l’accusé de réception de votre adhésion) *:* /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Adresse :

Tél :

Nom de la personne appareillée   Mme  M :

Date du sinistre :

Références de l'appareil accidenté (date d'achat et caractéristiques) :

Décrire de façon détaillée les circonstances de l’accident :

Y a-t-il un tiers responsable ? [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, quelle est son adresse ?

Y a-t-il des témoins ? [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, joindre le témoignage

Fait à : le :

Signature :