COMMISSIONE PARITETICA DI FIDUCIA (CPF)
Akustika / Sistemi Uditivi Svizzera – AInf/AM

Modulo di richiesta caso CPF

Caso n.
Da completare a cura della segreteria CPF

Questo modulo deve essere compilato in caso di controversie derivanti dall'applicazione della Convenzione tariffaria tra il negozio specializzato AInf/AM o audioprotesista AInf/AM e l'assicuratore.

Inviare modulo/allegati a: COMMISSIONE PARITETICA DI FIDUCIA
Segreteria CPF Sistemi Uditivi, Hirschmattstrasse 36, Casella postale 3065, 6002 Lucerna

1. Richiedente

Negozio specializzato AInf/AM	☐	**Assicuratore**	☐
	Ragione sociale/assicurazione		
	Via		
	NPA/Località		
	Telefono		
	E-mail		
Audioprotesista AInf/AM	**Cognome/nome**		

Persona assicurata (cognome, nome)		
Data di nascita		
N. infortunio/dell'assicurato		
Perizia medica realizzata da/il		
Tipo di sistemi uditivi		

2. Dati sul caso CPF: Richiedente

2.1 Oggetto della controversia (descrizione dell'oggetto della controversia):

2.2 Richiesta alla CPF:

2.3 Motivazione della richiesta:

2.4 Allegati supplementari:

Il/La richiedente conferma l'esattezza delle informazioni fornite.

Luogo e data: Firma:

4. Presa di posizione della controparte

4.1 Richiesta alla CPF:

4.2 Motivazione:

4.3 Allegati supplementari:

La persona di contatto della controparte conferma l’esattezza delle informazioni di cui sopra.

Luogo e data: Firma: