

Beilage 1 zu den Hörgeräte-Ausführungsbestimmungen

Hörgeräteanpassung - Bestätigung der Übernahme von Mehrkosten

Versicherte Person - Versicherten-Nummer (IV//UV/MV):

Name: Vorname:

Adresse: PLZ / Ort:

Versorgungsart: Binaural / Monaural (zutreffendes unterstreichen)

Hörgerätetyp Fr.

Dienstleistung Fr.

weitere Mehrkosten für Fr.

Eventuelle Abzüge/Rabatte Fr.

Mehrwertsteuer Fr.

Gesamtkosten Hörsystem Fr.

Davon Anteil Versicherer Fr.

Mehrkosten für versicherte Person Fr.

Ich habe die bestmögliche zuzahlungsfreie Variante der Hörgeräteversorgung ausprobiert. Diese Versorgung genügt mir nicht. Ich bin mit der von mir zu leistenden Zuzahlung für eine bessere Hörgeräteanpassung einverstanden.

Ich habe bewusst auf ein Probetragen der bestmöglichen zuzahlungsfreien Variante verzichtet. Ich will eine bessere Versorgung und übernehme die Mehrkosten.

Ort: Datum:

Hörgerätekund/-in:

Versicherte Person:

Vom Lieferanten mit der Rechnung an den zuständigen Versicherer zu senden