

Hörsystem-Tarifvertrag
Akustika /Hörsystemakustik Schweiz - UV/MV

Hörsystemanpassung
Bestätigung der Übernahme der Mehrkosten
(gemäss Ausführungsbestimmungen Art. 1.5)

Versicherte Person:

Name : _____

Vorname : _____

Adresse : _____

PLZ / Ort : _____

Schaden-, Versicherten-Nummer (UV/MV): _____

Versorgungsart: binaural monaural (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hörsystemtyp: _____

Gesamtkosten Hörsystem/Hörsysteme inkl. MwSt. CHF _____

Gesamtvergütung für das Hörsystem/die Hörsysteme
durch Versicherung inkl. MwSt. CHF _____

Mehrkosten für versicherte Person CHF _____

Die Mehrkosten dürfen ausschliesslich für die Hörsysteme verrechnet werden. Auf die Dienstleistung können keine Mehrkosten erhoben werden.

- Ich habe die bestmögliche, zuzahlungsfreie Variante der Hörsystemversorgung ausprobiert. Diese Versorgung genügt mir nicht. Ich bin mit der von mir zu leistenden Zuzahlung für ein teureres Hörsystem einverstanden.
- Ich habe bewusst auf ein Probetragen der bestmöglichen zuzahlungsfreien Variante verzichtet. Ich wünsche eine andere Versorgung und übernehme die Mehrkosten für das Hörsystem.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Hörgerätekund/-in : _____

Unterschrift versicherte Person : _____

Das Formular ist vom Lieferanten zusammen mit der Rechnung an den zuständigen Versicherer zu senden.