

Hörgeräteanpassung – Bestätigung der Übernahme der Mehrkosten für die Hörgeräte

Versicherte Person:

Name : _____

Vorname : _____

Adresse : _____

PLZ / Ort : _____

Versicherten-Nummer (UV/MV): _____

Versorgungsart: ☐ Binaural ☐ Monaural (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hörgerätetyp: _____

Gesamtkosten Hörgeräte inklusive MwSt. CHF _____

Gesamtvergütung für Hörgeräte durch Versicherung inkl. MwSt. CHF _____

Mehrkosten für versicherte Person CHF _____

- ☐ Ich habe die bestmögliche, zuzahlungsfreie Variante der Hörgeräteversorgung ausprobiert. Diese Versorgung genügt mir nicht. Ich bin mit der von mir zu leistenden Zuzahlung für ein teureres Hörgerät/teurere Hörgeräte einverstanden.
- ☐ Ich habe bewusst auf ein Probetragen der bestmöglichen zuzahlungsfreien Variante verzichtet. Ich will eine andere Versorgung und übernehme die Mehrkosten für das Hörgerät/die Hörgeräte.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Hörgerätekustiker/-in : _____

Unterschrift versicherte Person : _____

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