

**Adattamento dei sistemi uditivi
Conferma dell'assunzione di costi supplementari
(secondo disposizioni esecutive, art. 1.5)**

Persona assicurata:

Cognome : _____

Nome : _____

Indirizzo : _____

NPA / Località: _____

Numero del caso/dell'assicurato: _____

Tipo di fornitura: ☐ binaurale ☐ monoaurale (selezionare ciò che fa al caso)

Tipo di sistemi uditivi: _____

Costo totale sistemi uditivi, IVA inclusa CHF _____

Retrobuzione totale sistemi uditivi a carico
dell'assicurazione, IVA inclusa CHF _____

Costi supplementari a carico della persona assicurata CHF _____

I costi supplementari possono essere addebitati solo per gli sistemi uditivi. Nessun costo supplementare può essere addebitato per il servizio d'adattamento.

- ☐ Ho provato la migliore variante dell'adattamento di sistemi uditivi esente da costi supplementari. Questo adattamento non è per me sufficiente. Sono d'accordo con il costo supplementare a mio carico per sistemi uditivi più costosi.
- ☐ Ho rinunciato consapevolmente a provare la migliore variante dell'adattamento di sistemi uditivi esente da costi supplementari. Desidero un adattamento più costoso e mi assumo i costi supplementari.

Luogo: _____ Data: _____

Firma audioprotesista: _____

Firma persona assicurata: _____

Da inviare dal fornitore unitamente alla fattura all'assicuratore competente.