

**Adattamento degli apparecchi acustici – Conferma dell'assunzione di costi supplementari**

**Persona assicurata – Numero dell'assicurato (AI/AInf/AM):** .....

**Cognome:** ..... **Nome:** .....

**Indirizzo:** ..... **NPA/Località:** .....

---

---

Tipo di fornitura: binaurale / monoaurale (p.f. sottolineare ciò che fa al caso)

Tipo di apparecchio acustico ..... fr. ....

Prestazione ..... fr. ....

Altri costi suppl. per ..... fr. ....

Evtl. deduzioni/ribassi ..... fr. ....

IVA ..... fr. ....

**Costo totale sistema acustico** ..... fr. ....

di cui quota parte dell'assicuratore ..... fr. ....

**Costi supplementari a carico della persona assicurata** ..... fr. ....

---

---

☐ Ho provato la migliore variante dell'adattamento di apparecchi acustici esente da costi supplementari. Questo adattamento non è per me sufficiente. Sono d'accordo con il costo supplementare a mio carico per un adattamento migliore di apparecchi acustici.

☐ Ho rinunciato coscientemente alla prova della migliore variante dell'adattamento di apparecchi acustici esente da costi. Desidero un adattamento migliore e assumo i costi supplementari.

**Luogo:** ..... **Data:** .....

**Audio-protésista:** .....

**Persona assicurata:** .....

---

---

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