

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

Persona assicurata:

Cognome : _____

Nome : _____

Indirizzo : _____

NPA/Località: _____

Numero dell'assicurato (AInf/AM): _____

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

Tipo di apparecchio acustico: _____

Costo totale apparecchi acustici, IVA inclusa CHF _____

Retribuzione totale apparecchi acustici a carico
dell'assicurazione, IVA inclusa CHF _____

Costi supplementari a carico della persona assicurata CHF _____

- ☐ 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 più costoso di apparecchi acustici.
- ☐ Ho rinunciato consapevolmente a provare la migliore variante dell'adattamento di apparecchi acustici 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.