

**COMMISSIONE PARITETICA DI FIDUCIA
AKUSTIKA / Sistemi Uditivi Svizzera – Alnf / AM**

Modulo di richiesta caso CPF

Caso n.:

È completato dalla segreteria CPF

Questo modulo deve essere compilato in caso di controversie derivanti dall'applicazione della convenzione tariffaria tra il fornitore contrattuale e l'assicuratore

Inviare modulo/allegati a:

COMMISSIONE PARITETICA DI FIDUCIA

Segreteria CPF, Hirschmattstrasse 36, Postfach 3065, 6002 Luzern

pvk-tk@grafundpartnerag.ch

1. Richiedente

Fornitore contrattuale	<input type="checkbox"/>	Assicuratore	<input type="checkbox"/>
	Ragione sociale/ assicurazione		
	Via		
	NPA/Località		
	Telefono		
	E-Mail		
Persona di contatto	Cognome/nome		

Persona assicurata (cognome, nome)		
Data di nascita		
Numero di sinistro/dell'assicurato		
Prescrizione medica da/per		
Tipo di sistemi uditivi		

2. Informazioni sul caso CPF: Richiedente

2.1 Oggetto della controversia (descrizione dell'oggetto della controversia)

2.2 Richiesta alla CPF:

2.3 Motivazione della richiesta:

2.4 Supplementi:

Il/la richiedente conferma l'esattezza delle informazioni fornite.

Luogo e data:

Firma:

4. Presa di posizione della controparte

4.1 Richiesta alla CPF:

4.2 Motivazione:

4.3 Supplementi:

La persona di contatto della controparte conferma l'esattezza delle informazioni di cui sopra

Luogo e data:

Firma: