

Informations concernant le patient

Prénom, nom et adresse:

Numéro de cas de l'assurance militaire:

Date de naissance:

Déclaration de consentement

La personne soussignée accepte que la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (FSA) examine et traite la demande sur mandat de l'assurance militaire. Par la présente, la personne soussignée libère les fournisseurs de prestations concernés (médecins, hôpitaux, etc.) de l'obligation de garder le secret conformément à l'art. 33 LPG.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée:

Cette déclaration de consentement doit être jointe à la demande et envoyée à la SVK, Muttenstrasse 3, 4502 Soleure.