

# Assicurazione militare

## Dati del paziente

Nome, cognome e indirizzo:

Numero AM:

Data di nascita:

## **Dichiarazione di consenso**

Il / La firmatario/a acconsente che la SVK verifichi e tratti la domanda su incarico dell'assicurazione militare. Con la presente esenta i rispettivi fornitori di prestazioni (medici, ospedali ecc.) dall'obbligo del segreto secondo l'art. 33 LPGa.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma assicurato/a: \_\_\_\_\_

*Questa dichiarazione di consenso va inoltrata insieme alla domanda al seguente indirizzo:  
SVK, Muttenstrasse 3, 4502 Soletta.*