

## Confirmation de délégation

### Par la présente je délègue mon(ma) patient(e)

Prénom

Nom

Date de naissance

Domicilié(e) à

### pour la durée de 12 mois au maximum au spécialiste suivant

Prénom

Nom

Rue / Numéro

NPA / Localité

Date d'établissement

Timbre et signature du médecin de famille

Numéro de client CSS Assurance

Signature du(de la) patient(e) ou de la personne assurée ou de son représentant légal

Cette confirmation de délégation doit être **signée** par le **médecin de famille avant le début du traitement** auprès du spécialiste et envoyée ensuite **immédiatement** à la CSS Assurance par la personne assurée.

CSS Assurance  
Contact Center  
Case postale  
6002 Lucerne

Sans confirmation de la délégation, la CSS Assurance ne prend en charge, conformément au règlement de l'assurance du médecin de famille Profit, aucun frais de traitement lié à la consultation d'un spécialiste, à une hospitalisation ou à un séjour de cure. Vous pouvez télécharger ce document sous [www.css.ch/profit](http://www.css.ch/profit) ou le commander auprès du Contact Center 0844 277 277.