



## Anmeldeformular / HMO-Versicherung CENTRAMED

Hiermit melde ich mich für die HMO-Versicherung CENTRAMED an und verpflichte mich somit, bei jedem gesundheitlichen Problem (mit Ausnahme eines Notfalles) immer zuerst die Ärzte der CENTRAMED Praxis an der Falkenstrasse 2 in 6003 Luzern aufzusuchen.

### Personalien

Name Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ /Ort \_\_\_\_\_

Geb. Datum 

--	--	--	--	--	--	--	--

Policennummer 

--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte das Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Agilia Krankenkasse senden. Besten Dank.