



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.