



Formulaire d'inscription / Assurance HMO CENTRAMED

Par la présente, je m'inscris à l'assurance HMO CENTRAMED et m'engage, en cas de problème de santé, à toujours consulter d'abord les médecins du cabinet **CENTRAMED à la Falkenstrasse 2 à 6003 Lucerne** (à expection des cas d'urgence).

Données personnelles

Nom / Prénom

Rue, no

NPA, localité

Date naiss.

Numéro de police

Début de l'assurance

Lieu / Date

Signature

Veillez envoyer le formulaire complété et signé à la Caisse-maladie Agilia. Merci.