



## Formulaire d'inscription / Assurance du médecin de famille LU CASA

Par la présente je m'inscris à l'assurance du médecin de famille LU CASA

### Données personnelles

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Rue, no \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Date naiss. 

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

Numéro de police 

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

Début de l'assurance \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin de famille \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu / date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

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