

Expéditeur
Prénom + nom
Rue + numéro
NPA + localité

Adresse de la caisse maladie
Nom de votre caisse maladie
Rue + numéro
Case postale (le cas échéant)
NPA + localité

Modification de la franchise de l'assurance maladie obligatoire

Bonjour,

Veuillez modifier la franchise de l'assurance de base pour les personnes mentionnées ci-dessous à partir du 01/01/ année comme suit :

Prénom + nom	Numéro d'assuré	Franchise jusqu'à présent	Nouvelle franchise
Personne 1	Numéro de police	Veuillez sélectionner	Veuillez sélectionner
Personne 2	Numéro de police	Veuillez sélectionner	Veuillez sélectionner
Personne 3	Numéro de police	Veuillez sélectionner	Veuillez sélectionner
Personne 4	Numéro de police	Veuillez sélectionner	Veuillez sélectionner

Je vous prie de bien vouloir me confirmer par écrit la prise en compte de ma demande de modification.

Merci et meilleures salutations,

Prénom + nom
Lieu, date

Signature