

Absender

Vorname + Nachname

Strasse + Hausnummer

PLZ + Ort

Adresse der Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Strasse + Hausnummer

Postfach (falls vorhanden)

PLZ + Ort

Änderung der Franchise der obligatorischen Krankenversicherung

Guten Tag

Bitte passen Sie die Franchise für die Grundversicherung für unten genannte Personen ab dem 01.01. Jahr wie folgt an:

Vorname + Nachname	Versicherten-Nummer	Franchise bisher	Franchise neu
Person 1	Policen-Nummer	Bitte wählen	Bitte wählen
Person 2	Policen-Nummer	Bitte wählen	Bitte wählen
Person 3	Policen-Nummer	Bitte wählen	Bitte wählen
Person 4	Policen-Nummer	Bitte wählen	Bitte wählen

Ich bitte Sie um eine schriftliche Änderungsbestätigung.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Vorname + Nachname

Ort, Datum

Unterschrift