

**Indiquez vos coordonnées :**

Numéro d'assuré

Nom

Prénom

Rue, numéro

Numéro postal, lieu de domicile

**Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :**

Nom de l'assurance-maladie

Rue, numéro

Numéro postal, lieu

Lieu et date

**Modification de la franchise****Liste des franchises à choix :**

Adultes :

Franchise CHF 300.-

Franchise CHF 500.-

Franchise CHF 1'000.-

Franchise CHF 1'500.-

Franchise CHF 2'000.-

Franchise CHF 2'500.-

Enfants :

Franchise CHF 0.-

Franchise CHF 100.-

Franchise CHF 200.-

Franchise CHF 300.-

Franchise CHF 400.-

Franchise CHF 500.-

Franchise CHF 600.-

Madame, Monsieur,

Je vous demande de bien vouloir adapter, avec effet au 1er janvier 2024, la franchise dans l'assurance obligatoire des soins de la manière suivante :

Nom, Prénom	Franchise actuelle	Nouvelle franchise

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Nom, Prénom

Signature

**Note :**

Il est préconisé d'envoyer cette lettre par courrier recommandé