

Indiquez vos coordonnées:

N° d'assuré

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
Rue, n°

\_\_\_\_\_  
NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie:

**RECOMMANDÉ**

Nom de l'assurance-maladie

\_\_\_\_\_  
Rue, n°

\_\_\_\_\_  
NPA, lieu

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

## Modification de franchise

Madame, Monsieur,

Je vous demande de bien vouloir adapter, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la franchise dans l'assurance obligatoire des soins de la manière suivante:

Indiquez les montants qui conviennent:

Adultes 300 / 500 / 1 000 / 1 500 / 2 000 / 2 500 francs  
Enfants 0 / 100 / 200 / 300 / 400 / 500 / 600 francs

Nom, prénom	Franchise actuelle	Nouvelle franchise

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

Prénom, nom

Signature

\_\_\_\_\_