

## Lettre recommandée

.....  
.....  
.....  
.....

## Avis de changement de franchise

Madame, Monsieur,

Je vous prie de changer la franchise de mon assurance maladie de soins obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2025 :

- Franchise jusqu'à présent : .....
- Franchise au 1<sup>er</sup> janvier 2025 : .....

## Personne assurée

Prénom : .....

Nom : .....

Rue : .....

Code postal/lieu : .....

Numéro d'assuré  
ou de police : .....

Date de naissance : .....

Meilleures salutations

Lieu, Date :

.....

Signature :

.....