###### Lettre recommandée

*(Caisse maladie)*

*(Rue)*

*(NPA, lieu)*

**Avis de changement de franchise**

Madame, Monsieur,

Je vous prie de changer la franchise de mon assurance maladie de soins obligatoire au 1er janvier 2020:

* Franchise jusqu’à présent: 300 fr. *(adultes: 300/400/600/1'200/1'500 fr.;
 enfants: 0/150/300/375 fr.)*
* Franchise au 1er janvier 2020: 350 fr. *(adultes: 350/500/1’000/1'500/
 2’000/2'500 fr.;
 enfants: 0/100/200/300/400/500/600 fr.)*

En vous remerciant de prendre bonne note de ce qui précède, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à mes sentiments distingués.

Lieu, date: Signature:

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