

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

Caisse primaire d'assurance maladie

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 02/04/2025

Objet : Demande de la carte européenne d'assurance maladie

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom & prénom], [travailleur / étudiant(e) / salarié(e) / à la recherche d'un emploi / etc.] être assuré(e) à la CPAM de [nom de la ville].

Je souhaite partir à l'étranger en [Allemagne / Pologne / Irlande / etc.] pour la période du [date] au [date].

C'est pourquoi, je vous demande de bien vouloir me délivrer une carte européenne d'assurance maladie afin que je puisse couvrir mes soins médicaux à l'étranger.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

[Prénom][NOM]

Signature