*Prénom — Nom*

*Adresse*

*Code postal — Ville*

*Téléphone*

*Mail*

*Nom de la mutuelle*

*À l’attention de Madame/Monsieur*

*Adresse*

*Code postal — Ville*

**Objet : Résiliation contrat de complémentaire santé pour cause de décès**

N° d’adhérent : (Numéro d’adhérent)

N° de contrat : (Numéro de contrat)

(Ville), le (Date)

Madame, Monsieur,

Je vous fais part du décès de (Nommer l'assuré) et je souhaite donc ainsi résilier le contrat qui le lie avec votre compagnie d'assurance.

Vous trouverez ci-joint l'acte de décès de (Nommer l'assuré).

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de son contrat à la réception de ce courrier.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire que requiert ma demande.

Je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

*Signature*