[Votre Prénom] [Votre Nom]

[Votre Adresse]

[NPA] [Ville]

[Numéro de téléphone]

[Nom de l’Assurance]

[Adresse de l’Assurance]

[NPA] [Ville]

[Ville], le [date]

**Annonce du décès de Monsieur / Madame** **[Prénom] [Nom] [Date naissance]**

Numéro d’assuré :

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe du décès survenu le [date du décès], de [mon / ma, lien de parenté], Monsieur / Madame [Prénom] [Nom], né·e le [date de naissance de la personne décédée], résidant [Adresse de la personne décédée], [NPA] [Ville].

Je vous remercie de bien vouloir faire le nécessaire afin résilier ses contrats d'assurance maladie LAMal et d’effectuer le remboursement des éventuelles primes versées en trop.

Vous trouverez ci-joint une copie de l’acte de décès. Je reste bien entendu à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous remerciant pour la considération que vous porterez à cette lettre, je vous adresse, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

[Prénom] [Nom] [Signature]

Annexe: acte de décès