

**Votre Prénom, NOM**

Votre Adresse

Code Postal - Ville

**Nom du Destinataire**

Adresse du Destinataire

Code Postal - Ville

Votre Ville, le Mercredi 23 Mai

Par la présente, j'ai le regret de vous informer que <PRENOM> <NOM> demeurant <ADRESSE COMPLETE>, affilié(e) à votre mutuelle sous le numéro <NUMERO>, est décédé(e) le <DATE>. (Cf. extrait de l'acte de décès ci-joint).

Aussi, je vous prie de bien vouloir m'informer des dispositions particulières prévues par votre mutuelle en cas de décès de l'un de ses affiliés.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

*Signature*