[Votre nom - Votre prénom]

[Votre adresse]

[Votre code postal et ville]

**[Votre n° d’assuré]**

RECOMMANDÉ

**[Nom de la société d’assurance]**

**[Adresse]**

**[NPA et lieu]**

[Lieu, date]

###### Concerne : résiliation de l’assurance obligatoire des soins police n°[n° de police]Décès de Titre, Prénom, Nom

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de la résiliation au 31.12.[année en cours] de l’assurance obligatoire des soins (police n°[n°de police].

Je vous joints en annexe au présent courrier une copie de l’acte de décès.

Je vous remercie de bien prendre note de la résiliation et reste dans l’attente de votre confirmation

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

[votre nom et signature]