[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 11/11/2026

Demande relative à la complémentaire santé après un décès

Madame, Monsieur,

Je vous informe du décès de [Prénom Nom du défunt], survenu le [date], adhérent(e) à votre mutuelle ou complémentaire santé sous le numéro de contrat [référence], et je souhaite connaître les droits susceptibles d'en découler.

En tant que [conjoint, ayant droit] du défunt, je souhaite savoir si je peux bénéficier du maintien de la garantie, d'une éventuelle réversion du contrat ou de toute autre disposition prévue en cas de décès de l'adhérent.

Vous trouverez ci-joint un acte de décès ainsi que les références du contrat. Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer les démarches à accomplir, les justificatifs à fournir, et de procéder, le cas échéant, à la résiliation du contrat du défunt si aucun maintien n'est possible.

Je vous saurais gré de me préciser également le sort des cotisations en cours, des éventuels remboursements de soins restant à percevoir au titre des frais engagés avant le décès, ainsi que des sommes éventuellement dues de part et d'autre.

Cette démarche est importante pour moi, car la couverture santé qui m'était jusqu'ici assurée par ce contrat doit être réorganisée, et je souhaite éviter toute rupture de garantie qui me laisserait, ou laisserait mes proches, sans protection complémentaire. Je vous remercie de traiter ma demande avec la diligence que requiert ce type de situation, et de m'apporter une réponse claire sur les options qui s'offrent à moi, afin que je puisse, le cas échéant, organiser à temps une nouvelle couverture santé.

Je me tiens à votre disposition pour tout document complémentaire et vous remercie de votre attention en cette période difficile.

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

[Prenom][NOM]

Signature