

NOM/ NAME :  
PRENOM / FIRST NAME :  
N° d'assuré / Insured # :  
N° de téléphone / Phone # :

PROTEGAT Cover  
Indigo Expat  
Carrer de Sepúlveda 143, Ático 3ª  
08011 Barcelona  
España

#### LETTRE DE RESILIATION / CANCELLATION LETTER

Madame, Monsieur,  
*Dear Madam, Dear Sir,*

Par la présente, je souhaite résilier mon contrat d'assurance Indigo Expat ..... au ..... (JJ/MM/AAAA) selon les conditions souscrites (cf Notice d'Information).  
*I hereby would like to cancel my insurance plan :..... at the following date :..... (dd/mm/yyyy) in compliance with terms and conditions of the plan (cf Notice of Cover).*

Raison de ma résiliation / *reason for cancellation* :

- ☐ Je retourne vivre dans mon pays d'origine / *I return to my home country*  
☐ Je change de situation familiale (divorce, etc) / *My family status changes (divorce, etc)*  
☐ Je dois souscrire à une assurance obligatoire dans le cadre de mon travail / *I have to join my Employer mandatory health insurance*

☐ Je souhaite souscrire à une autre assurance. Merci de préciser

.....  
*I would like to purchase another insurance plan. Please detail*

☐ Je suis à présent couvert(e) par l'assurance de mon conjoint(e) / *I am now covered by the insurance plan of my spouse*

☐ Autres, merci de préciser :

.....  
*Others, please detail :*

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

Fait à / *Place* : ..... Date : .....  
(JJ/MM/AAA – dd/mm/yyyy)

Signature de l'assuré(e) / *Insured's signature* :

La demande de résiliation doit intervenir au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement du contrat, conformément aux conditions décrites dans la Notice d'Information. Le courrier doit être envoyé en recommandé Accusé Réception. Toute radiation est définitive. La cessation de l'adhésion de l'adhérent entraîne en tout état de cause et à la même date, la cessation des garanties et de la radiation de tous ses ayants droit. *The insured member may request the termination of his/her coverage at least 2 months before renewal date. The request must be send with a registered letter, according to subscribed conditions. Any termination shall be permanent. In any case, the termination of the insured member's coverage will result in the termination coverage for all his/ her dependents on the same date*