

BORDEREAU DE RETRACTATION

En vertu de l'article L.132-5-3 du Code des Assurances, vous disposez de la faculté de renoncer à votre affiliation pendant 30 jours calendaires à compter de la date à laquelle vous avez été informé que votre affiliation est conclue.

Cette date correspond à la date de signature de la demande individuelle d'affiliation.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec Avis de réception, envoyée à Allianz à l'adresse suivante :

**Allianz Vie - Direction des Opérations Collectives - Centre de service Hospitaliers
TSA 21006 - 67018 Strasbourg Cedex.**

Modèle de lettre de renonciation :

“Messieurs, Je déclare renoncer à mon affiliation à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers. Je demande le remboursement des cotisations versées (_____ €) dans un délai de 30 jours.

Je vous rappelle ci-après mes coordonnées :

Nom _____

Prénom _____

N° code établissement _____

N° de certificat _____

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués.

Date et signature