

**RENONCIATION AU MAINTIEN DE LA
COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ
EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT
DE TRAVAIL POUR CONGÉ SANS SOLDE**

Je, soussigné(e),, reconnais avoir reçu une proposition de maintien, à titre facultatif et à ma seule charge, de mon affiliation au régime de couverture des frais de santé, pour la durée de mon congé¹ conformément à l'accord collectif du 20 décembre 2007.

Je déclare, en pleine connaissance de cause, ne pas souhaiter la poursuite de cette couverture.

J'ai bien noté que je ne pourrai demander à l'organisme assureur, aucune prestation au titre d'actes, soins, maladies, accident ou maternité, engagés au cours de cette période, et ce, jusqu'à la reprise de mon travail.

Fait à : le : signature :

¹ préciser la nature