

2, rue du 24-Septembre
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 58 80
f +41 32 420 58 81
secr.srh@jura.ch

Assurance-accidents *complémentaire*

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Par la présente, je déclare avoir pris connaissance de l'information sur l'assurance-accidents ainsi que sur l'assurance-accidents *complémentaire*.

Pour ma part, j'ai choisi de renoncer expressément à l'assurance complémentaire des frais médicaux en cas d'accidents.

Nom

Prénom

Domicile

Date

Signature