

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE

Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Attention : Il convient de joindre à cette demande l'attestation émise par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu et au titre duquel les cotisations en matière de santé lui sont versées.

Remarque : les cotisations éligibles sont celles versées par l'agent, en qualité de titulaire ou d'ayant droit d'un contrat, pour financer une couverture de frais de santé. Les cotisations des agents en qualité d'ayants droit ne doivent pas déjà être financées par un autre employeur (l'employeur du titulaire du contrat par exemple).

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nom de naissance | |
| Nom d'usage | |
| Prénom(s) (prénom usuel souligné) | |
| N° de sécurité sociale | |
| Statut / corps grade | |
| Direction / Service d'affectation | |

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé :

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nom de l'organisme complémentaire | |
| <input type="checkbox"/> | Titulaire |
| <input type="checkbox"/> | Ayant-droit |
| <input type="checkbox"/> | J'atteste qu'aucun autre employeur ne finance tout ou partie des cotisations que je verse à l'organisme complémentaire pour couvrir les frais de santé |

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

A _____, le _____

Signature de l'agent