**[Nom de l’organisme complémentaire]**

**[Identification de l’organisme complémentaire]**

Destinataire

**[Civilité]**

**[Nom et Prénom de l’assuré]**

**[Coordonnées de l’assuré]**

**A [Ville], le [Date]**

Objet : Attestation en vue du bénéfice du 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

Je soussigné, **[Nom de l’organisme complémentaire]** enregistré **[Données d’enregistrement de l’organisme complémentaire]**, atteste que :

* **[Civilité] [Nom et Prénom de l’assuré]**
* **[NIR]**

est titulaire du **[Contrat / Règlement]**, **[Numéro du contrat]**. Ce **[Contrat / Règlement]** couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l’article L. 862-4 et à l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de **[Civilité] [Nom et Prénom de l’assuré]** s’élève à **[Montant en euros]** **[Par an / Par mois]**. Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le **[date]**.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**[Signature]**

**[Cachet de l’organisme complémentaire]**