

Direction des ressources humaines
Bureau de la gestion administrative et financière

7 - 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.

Ce formulaire ainsi que l'attestation sont à adresser au secrétariat de votre établissement

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom de naissance | <input type="text"/> |
| Nom d'usage | <input type="text"/> |
| Prénom(s) | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Matricule | <input type="text"/> |
| N° de sécurité sociale | <input type="text"/> |
| Etablissement d'affectation | <input type="text"/> |
| Ville | <input type="text"/> |
| Pays | <input type="text"/> |

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat auprès d'un organisme de complémentaire santé relevant de l'article 3 du décret n° 2021-1164.

| | |
|---|----------------------|
| Nom de l'organisme complémentaire | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Ayant droit | |

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