

Formulaire de demande de remboursement des cotisations de protection sociale complémentaire en santé

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'Etat

Formulaire à retourner, accompagné des pièces justificatives au lycée mutualisateur dont vous dépendez

- Lycée Mendès France Rennes pour les AESH d'Ille-et-Vilaine et des Côtes d'Armor.
Mél : evs.0350030t@ac-rennes.fr

- Lycée Mendès France Rennes pour l'ensemble des AED (hormis ceux du lycée Thépot Quimper)
Mél : aed.academie@ac-rennes.fr

- Lycée Thépot Quimper pour les AESH du Finistère et et du Morbihan.
Mél : mutualisation.0290071v@ac-rennes.fr

- Lycée Thépot Quimper pour les AED du lycée Thépot Quimper.
Mél : mutualisation.0290071v@ac-rennes.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Votre situation (cochez la case correspondante) :

AESH (accompagnant d'élèves en situation de handicap)

AED (assistant d'éducation)

autre : préciser

Numéro de Sécurité sociale (NIR) :
13 chiffres et 2 chiffres de la clé de sécurité

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOM d'usage :

NOM de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Date de naissance : __ / __ / __

Votre situation professionnelle, cochez la case correspondante :

activité

autre : préciser

Depuis le : __ / __ / __

Adresse personnelle

N° et libellé de la voie :

Complément (N° d'appartement, boîte aux lettres, escalier, couloir, étage ou autre...) :

Code postal :

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Ville :

Tél. :

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Courriel :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION OU PIAL

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION OU DU PIAL le cas échéant

Adresse complète

N° et libellé de la voie :

Complément :

Code postal :

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Ville :

AUTRE EMPLOYEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

Nom de l'employeur :

Adresse complète du lieu d'exercice (n° et libellé de la voie) :

Code postal :

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Ville :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

- **Je dispose d'une couverture en santé auprès d'un organisme de prestation sociale complémentaire (PSC) :** mutuelle ou union relevant du livre II du code de la mutualité, entreprise d'assurance mentionnée à l'article L. 310-2 du code des assurances ou institution de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.
 OUI NON

| | |
|---|-------------------------------|
| NOM DE L'ORGANISME DE PSC | |
| DATE D'EFFET DU CONTRAT | à compter du : __ / __ / ____ |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je suis bénéficiaire en qualité de : (cochez la case) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Titulaire du contrat ou règlement de protection sociale complémentaire en santé <input type="checkbox"/> Ayant droit* du contrat ou règlement de protection sociale complémentaire en santé, souscrit par un tiers et je ne bénéficie pas d'un financement de l'employeur du titulaire du contrat. | |

* Un ayant droit est une personne rattachée à la complémentaire santé d'un assuré. L'ayant droit fait souvent partie de la famille de l'assuré, et c'est à ce titre qu'il peut bénéficier des prestations sociales de la mutuelle à laquelle il est rattaché.

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je suis bénéficiaire d'un contrat ou règlement de PSC à caractère responsable et solidaire * <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
|--|--|

* Contrat solidaire et responsable : cette caractéristique est précisée dans l'attestation délivrée par votre organisme de complémentaire santé. Si votre contrat ne couvre que la prévoyance, vous n'êtes pas éligible au remboursement.
Si vous êtes bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C), vous n'êtes pas éligible au remboursement.

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement intervenant dans ma situation.

Fait à : le :

Signature de l'agent :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- ✓ Vous devez **impérativement et obligatoirement** joindre à la présente demande : **l'attestation émise par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu** et au titre duquel les cotisations en matière de santé sont versées, **solaire et responsable** conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, en qualité de titulaire ou d'ayant droit du contrat
 - ✓ Si vous êtes couvert en **qualité d'ayant droit du titulaire d'un contrat collectif** : votre attestation devra préciser **que vous possédez une couverture pour vos frais de santé** (frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident) qui 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 et que **vous ne bénéficiez pas à titre individuel d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat**

Toute demande incomplète, comportant des inexactitudes ou des déclarations erronées, sera rejetée. Si le versement du remboursement forfaitaire de votre complémentaire santé a été accordé sur le fondement d'une fausse déclaration, le service gestionnaire procèdera à la répétition des sommes indûment versées.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DREFP.

Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRIFP.
Nous vous rappelons que vous disposez, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, d'opposition et de limitation du traitement de ces données, ainsi que d'un droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez l'exercer en vous adressant à votre service gestionnaire