

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE

(Document à transmettre au pôle RH de l'Université Le Havre Normandie)

Texte de référence :

Décret n° 2021-1164 du 08 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.

Nom : Prénom :

N° de Sécurité Sociale :

Grade : Affectation :

Contractuel recherche Contractuel BIATSS

Personnel BIATSS Titulaire

Personnel enseignant-chercheur et enseignant

Demande à bénéficier de la participation forfaitaire des cotisations de complémentaire santé,

Nom de l'organisme complémentaire	
Montant de la cotisation mensuelle	
<input type="checkbox"/>	Titulaire
<input type="checkbox"/>	Ayant-droit

Pièce à fournir :

- Attestation émise par l'organisme complémentaire

Cette attestation doit préciser que l'agent est bénéficiaire à titre individuel ou en qualité d'ayant droit d'un contrat ou règlement de protection sociale complémentaire responsable et solidaire destiné à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

Pour l'agent bénéficiaire en qualité d'ayant droit d'un contrat collectif conclu par un autre employeur, l'attestation doit indiquer que l'agent ne bénéficie pas en sa qualité d'ayant droit d'un financement de cet autre employeur.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler tout changement de ma situation individuelle de nature à modifier les conditions d'éligibilité à ce remboursement, notamment la résiliation de mon contrat auprès de l'organisme complémentaire.

Date :

Signature de l'agent

L'Université Le Havre Normandie peut procéder à tout moment à un contrôle de l'éligibilité de l'agent au remboursement. L'agent dispose d'un délai de 2 mois à compter de la notification du contrôle pour produire tous documents justifiants qu'il satisfait aux conditions d'éligibilité au remboursement sous peine d'interruption de ce remboursement.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

VISA Direction des Ressources Humaines :

Date :

Signature

Remboursement à compter du mois de:

Gestionnaire RH :