

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

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s) (prénom usuel souligné)	
N° de sécurité sociale	
Ministère ou Etablissement	
Direction / Service d'affectation	

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.

Cette attestation doit préciser que l'agent est bénéficiaire d'un contrat ou règlement de protection sociale complémentaire responsable et solidaire, tels que défini aux articles L. 862-4 et L. 871 du code de la sécurité sociale.

Nom de l'organisme complémentaire	
<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