



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.

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

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

Nom de l'organisme complémentaire	
<input type="checkbox"/>	Titulaire du contrat
<input type="checkbox"/>	Ayant-droit du titulaire du contrat

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

* une attestation doit préciser le caractère du responsable et solidaire du contrat tel que défini aux articles L862-4 et L871-1 du code de la sécurité sociale (Cf. modèle d'attestation jointe en page 2)

[Nom de l'organisme complémentaire]
[Identification de l'organisme complémentaire]

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

Destinataire
[Civilité]
[Nom et Prénom de l'assuré]
[Coordonnées de l'assuré]

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]**

Lorsque l'assuré est le titulaire du contrat

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.

Lorsque l'assuré est ayant droit du titulaire du contrat

est couvert en qualité d'ayant droit 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 et que sa couverture ne fait pas l'objet d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.

Date d'effet du contrat : **jj/mm/aaaa**

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

[Signature]
[Cachet de l'organisme complémentaire]