|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN SANTÉ**  **Décret modifié 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 |  |
| Établissement /  Service d’affectation |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’organisme complémentaire | |  |
|  | Titulaire | |
|  | 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.

À , 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**