

# 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            |  |
| Ministère ou Etablissement        |  |
| Direction / 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   |
| <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*