



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU GROUPE
ET DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC

Département gestion administrative et données sociales

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE
COMPLEMENTAIRE EN SANTE POUR L'ANNEE 2022**

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. Cette attestation doit préciser les éléments suivant « **contrat ou règlement de protection sociale complémentaire responsable et solidaire destiné à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à titre individuel ou en qualité d'ayant-droit** »

Matricule	
Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s) (prénom usuel souligné)	
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