

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN SANTÉ

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

Cette demande et l'attestation émise par l'organisme complémentaire doivent être transmis via votre Espace « Agent », ou en cas d'impossibilité, par courriel (scanné en pdf) ou par courrier à l'attention de votre service des ressources humaines

Nom	
Prénom(s)	
Matricule SIRHIUS	
N° de sécurité sociale	
Direction 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.

Fait à _____, le _____

Signature de l'agent