

## Annexe 1 – Modèle de formulaire de demande de remboursement

### DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL 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

**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 vous sont versées.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Matricule (*)	
N° de sécurité sociale	
Grade (si fonctionnaire, sinon préciser « agent contractuel »)	
Ministère/Direction / Service d'affectation	
Date d'arrivée	
Position/situation administrative (*)	

**(\*) A compléter par l'agent s'il connaît l'information, ou à défaut à compléter par son service RH**

Je demande le remboursement partiel de mes cotisations au titre d'un contrat de complémentaire santé :

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

Si le montant de la cotisation versée au titre du contrat ci-dessus est inférieur à 15€ mensuel (ou 180€ annuel), préciser le montant mensuel de cotisation : .....€ (ou annuel de cotisation : .....€).

Si je suis bénéficiaire en qualité d'ayant droit d'un contrat collectif d'un employeur, autre qu'un employeur public de l'État, l'attestation devra indiquer que je ne bénéficie pas en ma qualité d'ayant droit d'un financement de cet employeur ;

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*