

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 de couverture complémentaire santé 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	
N° de sécurité sociale	
<u>Personnel militaire uniquement</u> : NID	
Ministère	Ministère des Armées
<u>Personnel militaire uniquement</u> : armée, direction, service gestionnaire	

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé dont je suis bénéficiaire (Cf. attestation jointe):

<input type="checkbox"/>	Cas particulier : je suis bénéficiaire du contrat groupe de l'employeur de mon conjoint/parent, dans ce cas je certifie que je ne bénéficie pas déjà d'une prise en charge financière par l'employeur de mon conjoint/parent.
--------------------------	--

Date de prise d'effet

<input type="checkbox"/>	Au 1 ^{er} janvier 2022 = je suis déjà titulaire ou ayant droit d'un contrat de complémentaire santé ; je n'ai pas engagé de démarche conduisant à mettre fin à ce contrat au 1 ^{er} janvier 2022
<input type="checkbox"/>	Date postérieure au 1 ^{er} janvier 2022 Je souscris, ou je suis bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé qui prend effet au/...../.....

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