

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</u><br><u>uniquement</u> : NID                                          |                      |
| Ministère                                                                                      | Ministère des Armées |
| <u>Personnel militaire</u><br><u>uniquement</u> : armée,<br>direction, service<br>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, <b>dans ce cas</b> 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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> janvier 2022 |
| <input type="checkbox"/> | Date postérieure au 1 <sup>er</sup> janvier 2022<br>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