

## Annexe 1

### DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL 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'Etat

**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	
Corps (si fonctionnaire, sinon préciser « agent contractuel ») et spécialité (pour les TSMA)	
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 de proximité**

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

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*