**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE (PSC)**

**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 lui sont versées.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance |   |
| Nom d’usage |   |
| Prénom(s) *(prénom usuel souligné)* |   |
| N° de sécurité sociale *(15 chiffres)* |   |
| Statut | [ ]  **Personnel enseignant / enseignant-chercheur**[ ]  Fonctionnaire[ ]  Contractuel | [ ]  **Personnel BIATSS**[ ]  Fonctionnaire[ ]  Contractuel[ ]  Apprenti |
| Direction / Composante /Service d’affectation |   |

**Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d’un contrat de complémentaire santé :**

|  |
| --- |
| Nom de l’organisme complémentaire : |
| [ ]  Souscripteur du contrat [ ]  Ayant-droit(1) |
| [ ]  Montant mensuel de la cotisation payé supérieur ou égal à 15€[ ]  Montant mensuel de la cotisation payé inférieur à 15€ Si montant payé inférieur à 15€, indiquer le montant ……………€ |

1. *Ayant-droit : personne rattachée à la mutuelle du souscripteur du contrat. Dans le cadre d’un contrat collectif conclu par un employeur du secteur privé, vous ne pouvez pas demander un remboursement si cet employeur participe au financement du contrat.*

Cas particulier : J’occupe des emplois à temps incomplet auprès de plusieurs établissements publics :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom employeur | Nombre d’heures annuelles |
|   |  h |
|   |  h |

[ ]  **J'atteste que ces cotisations de protection sociale complémentaire ne font pas l'objet d'un financement d'un autre 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 l’agent*