

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE  
DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE 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*

Document à compléter, dater et signer et à retourner à la Direction des Ressources Humaines **accompagné d'une attestation émise par l'organisme de mutuelle auquel vous êtes rattaché-e précisant votre adhésion à un contrat responsable et solidaire** (l'attestation de tiers-payant ne peut être prise en compte comme justificatif).

Nom de naissance	<input type="text"/>
Nom d'usage	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>
Entité d'affectation	<input type="text"/>

Personnel académique     Personnel BIATSS     Elève normalien.ne

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

Nom de l'organisme complémentaire	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

Titulaire du contrat de mutuelle

Ayant-droit du contrat de mutuelle

Si je suis ayant-droit, j'atteste sur l'honneur que le titulaire du contrat ne perçoit pas de remboursement de la part mutuelle pour ma couverture santé.

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.

Date :

Signature de l'agent-e :