

## Formulaire de demande de remboursement des cotisations de protection sociale complémentaire en santé

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

**Formulaire à retourner, accompagné des pièces justificatives à votre service gestionnaire au Rectorat de Dijon, 2G rue du Général Delaborde, BP 81921, 21019 DIJON CEDEX.**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

**Grade :** \_\_\_\_\_ **Discipline ou spécialité :** \_\_\_\_\_

**Numéro de Sécurité sociale (NIR) :**  
*13 chiffres et 2 chiffres de la clé de sécurité*

**NOM** d'usage : \_\_\_\_\_ **NOM** de famille (de naissance) : \_\_\_\_\_

**Prénom(s) :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :**    /    /

**Situation professionnelle**, cochez la case correspondante :

- activité  
 autre : préciser

**Depuis le :**    /    /

**Adresse personnelle :**

N° et libellé de la voie :

Complément (*N° d'appartement, boîte aux lettres, escalier, couloir, étage ou autre...*) :

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### ETABLISSEMENT D'AFFECTATION

**Nom de l'établissement :**

N° et libellé de la voie :

Complément :

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### AUTRE EMPLOYEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

**Nom de l'employeur :**

**Adresse complète du lieu d'exercice** (*n° et libellé de la voie*) :

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (*service de gestion du personnel*) :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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

- **Je dispose d'une couverture en santé auprès d'un organisme de prestation sociale complémentaire (PSC) :** mutuelle ou union relevant du livre II du code de la mutualité, entreprise d'assurance mentionnée à l'article L. 310-2 du code des assurances ou institution de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.  
 OUI  NON

NOM DE L'ORGANISME DE PSC

DATE D'EFFET DU CONTRAT

à compter du : / /

- **Je suis bénéficiaire** en qualité de : (cochez la case)

**Titulaire du contrat** ou règlement de protection sociale complémentaire en santé

**Ayant droit\*** du contrat ou règlement de protection sociale complémentaire en santé, souscrit par un tiers **et je ne bénéficie pas d'un financement de l'employeur du titulaire du contrat.**

*\* Un ayant droit est une personne rattachée à la complémentaire santé d'un assuré. L'ayant droit fait souvent partie de la famille de l'assuré, et c'est à ce titre qu'il peut bénéficier des prestations sociales de la mutuelle à laquelle il est rattaché.*

- Je suis bénéficiaire d'un **contrat ou règlement de PSC à caractère responsable et solidaire** \*

OUI  NON

*\* Contrat solidaire et responsable : cette caractéristique est précisée dans l'attestation délivrée par votre organisme de complémentaire santé. Si votre contrat ne couvre que la prévoyance, vous n'êtes pas éligible au remboursement.*

**Si vous êtes bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C), vous n'êtes pas éligible au remboursement.**

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement intervenant dans ma situation.

Fait à : , le :

**Signature de l'agent :**

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- ✓ Vous devez **impérativement** et **obligatoirement** joindre à la présente demande : **l'attestation émise par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu** et au titre duquel les cotisations en matière de santé sont versées, **solidaire et responsable** conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, en qualité de titulaire ou d'ayant droit du contrat
- ✓ Si vous êtes couvert en **qualité d'ayant droit du titulaire d'un contrat collectif** : votre attestation devra préciser **que vous possédez une couverture pour vos frais de santé** (frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident) qui respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et que **vous ne bénéficiez pas à titre individuel d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.**

*Toute demande incomplète, comportant des inexactitudes ou des déclarations erronées, sera rejetée. Si le versement du remboursement forfaitaire de votre complémentaire santé a été accordé sur le fondement d'une fausse déclaration, le service gestionnaire procédera à la répétition des sommes indûment versées.*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFiP.*

*Nous vous rappelons que vous disposez, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, d'opposition et de limitation du traitement de ces données, ainsi que d'un droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez l'exercer en vous adressant à votre DPE - DPAES Rectorat de Dijon, 2G rue général Delaborde, BP 81921, 21019 DIJON CEDEX.*