

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE 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'État

Nom d'usage : **Prénom :**

Affectation :

Numéro INSEE :

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

Nom de l'organisme :

titulaire

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.

Fait à :

Le : / /

Signature
de l'agent :



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.

Les données collectées servent uniquement au remboursement des cotisations de protection sociale complémentaire en santé.

Leur traitement est mis en oeuvre par la direction des ressources humaines, sur la base d'une obligation légale et sous la responsabilité du président de l'université.

Vous disposez de droits sur vos données personnelles.

En savoir plus : <http://communaute-universitaire.univ-rouen.fr/imprimés-utiles-210761.kjsp>