

Liberté Égalité Fraternité Agence pour l'enseignement français à l'étranger

Direction des ressources humaines Bureau de la gestion administrative et financière

7 - DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE 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'État

<u>Attention</u>: 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.

Ce formulaire ainsi que l'attestation sont à adresser au secrétariat de votre établissement

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s)	
Date de naissance	
Matricule	
N° de sécurité sociale	
Etablissement d'affectation	
Ville	
Pays	
Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat auprès d'un organisme de complémentaire santé relevant de l'article 3 du décret n° 2021-1164.	
Nom de l'organisme complémentaire	
☐ 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.	
A	, le
	Signature de l'agent