

PSC

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE



MUTUELLE

DATE LIMITE DE REMISE DU DOSSIER : **8 NOVEMBRE 2021**

VOTRE DOSSIER DOIT ÊTRE REMIS : **À VOTRE SERVICE RH LOCAL**

DÉBUT DU VERSEMENT DE LA PARTICIPATION PSC : **DÈS JANVIER 2022**

MONTANT VERSÉ : **15 € / MOIS**

CONTENU DU DOSSIER À REMETTRE À VOTRE SERVICE RH LOCAL :



→ **FORMULAIRE DE DEMANDE** (JOINT À CE TRACT) **COMPLÉTÉ ET SIGNÉ**

→ **L'ATTESTATION DE VOTRE MUTUELLE** AVEC LE MONTANT DE VOTRE COTISATION⁺

⁺ UNIQUEMENT SI VOTRE COTISATION EST INFÉRIEURE À 180€ ANNUEL

FSMI

FORCE OUVRIÈRE

Fédération de Syndicats du Ministère de l'Intérieur



14/10/2021

DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL 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

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 vous sont versées.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Matricule (*)	
N° de sécurité sociale	
Grade (si fonctionnaire, sinon préciser « agent contractuel »)	
Ministère/Direction / Service d'affectation	
Date d'arrivée	
Position/situation administrative (*)	

(*) A compléter par l'agent s'il connaît l'information, ou à défaut à compléter par son service RH

Je demande le remboursement partiel de mes cotisations au titre d'un contrat de complémentaire santé :

Nom de l'organisme complémentaire	
<input type="checkbox"/>	Titulaire
<input type="checkbox"/>	Ayant-droit

Si le montant de la cotisation versée au titre du contrat ci-dessus est inférieur à 15€ mensuel (ou 180€ annuel), préciser le montant mensuel de cotisation :€ (ou annuel de cotisation :€).

Si je suis bénéficiaire en qualité d'ayant droit d'un contrat collectif d'un employeur, autre qu'un employeur public de l'Etat, l'attestation devra indiquer que je ne bénéficie pas en ma qualité d'ayant droit d'un financement de cet 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