

**Demande de Remboursement forfaitaire des cotisations PSC santé**

**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 lui sont versées.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance |  |
| Nom d’usage |  |
| Prénom(s) |  |
| N° de sécurité sociale |  |
| Ministère ou Etablissement |  |
| Direction /Service d’affectation |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme complémentaire |  |
| ☐ | Titulaire |
| ☐ | Ayant-droit |
| Montant de la cotisation mensuelle |  |

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*