

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE (PSC) 2025-2026

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. NOR : TFPF2124083D

Attention : Il convient de joindre à chaque demande (une demande par année scolaire), 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. L'attestation de mutuelle doit mentionner que le contrat est responsable ou solidaire, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Statut	
N° de sécurité sociale	
Etablissement employeur	
RNE à compléter par l'établissement	

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé (dans la limite de 15 euros brut) au titre de l'organisme complémentaire suivant :

Nom de l'organisme complémentaire	
Montant mensuel des cotisations, en euros	
☐	Titulaire <i>Si vous avez coché cette case, veuillez compléter l'attestation sur l'honneur correspondante (1)</i>
☐	Ayant-droit <i>Si vous avez coché cette case, veuillez compléter l'attestation sur l'honneur correspondante (2)</i>

(1) Je soussigné _____ atteste que le contrat dont je suis **titulaire**, couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et 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.

(2) Je soussigné _____ atteste que le contrat dont je bénéficie en qualité **d'ayant droit**, couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et 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 sa couverture ne fait pas l'objet d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.**

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

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

Ce traitement est mis en œuvre sous la responsabilité du chef d'établissement du Lycée Kléber de Strasbourg. Il a pour finalité la gestion de votre dossier administratif et de paye. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'intérêt public dont est investi le responsable de traitement. Le destinataire des données est le service mutualisateur, dans la limite de son attribution. Les données sont conservées de façon sécurisée jusqu'à cessation de fonctions dans l'académie, puis archivées. Pour toute question relative au traitement des données à caractère personnel, vous pouvez contacter le chef d'établissement du Lycée Kléber de Strasbourg, par voie postale (Lycée Kléber – 25 Place de Bordeaux – 67082 Strasbourg Cedex) ou par courrier électronique à : ce.0670080y@ac-strasbourg.fr (cette adresse ne doit pas être utilisée pour l'envoi de votre demande de remboursement forfaitaire des cotisations de protection sociale complémentaire en santé).

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, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement (droit à l'oubli) et à la limitation de traitement prévu aux articles 15, 16, 17 et 18 du RGPD. Dans le cadre de l'exercice de vos droits, vous devrez justifier de votre identité par tout moyen. En cas de doute sur votre identité, les services chargés du droit d'accès et la déléguée à la protection des données se réservent le droit de vous demander les informations supplémentaires qui leur apparaissent nécessaires, y compris la photocopie d'un titre d'identité portant votre signature.

Si vous estimez, même après avoir introduit une réclamation auprès du responsable de traitement, que vos droits en matière de protection des données à caractère personnel ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Veillez joindre une attestation de votre mutuelle

**(Cliquez directement sur ce champ pour ajouter le fichier
si vous remplissez le formulaire sur ordinateur)**