**[Nom de l’organisme complémentaire]**

**[Identification de l’organisme complémentaire]**

A **[Ville]**, le **[Date]**

Destinataire

**[Civilité]**

**[Nom et Prénom de l’assuré]**

**[Coordonnées de l’assuré]**

Objet : Attestation en vue du bénéfice du 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

**[Civilité] [Nom et Prénom de l’assuré]**

**[NIR]**

Lorsque l’assuré est le titulaire du contrat

est titulaire d’un contrat de complémentaire santé couvrant 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.

Lorsque l’assuré est ayant droit du titulaire du contrat

est couvert en qualité d’ayant droit d’un contrat de complémentaire santé couvrant 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.

Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le **[date]**.

Sous réserve de toute résiliation ou sortie du contrat postérieure à sa date d’émission, la présente attestation est valable à compter du 1er janvier 2022 ou date de début du contrat si postérieure au 1er janvier 2022 pour l’application du 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'Etat.

**[Signature]**

**[Cachet de l’organisme complémentaire]**