



ANNEXE 2

**[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

Je soussigné, **[Nom de l'organisme complémentaire]** enregistré **[Données d'enregistrement de l'organisme complémentaire]**, atteste que :

- **[Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]**
- **[NIR]**

Lorsque l'assuré est le titulaire du contrat

est titulaire du **[Contrat / Règlement]**, **[Numéro du contrat]**. Ce **[Contrat / Règlement]** 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.

Lorsque l'assuré est ayant droit du titulaire du contrat

est couvert en qualité d'ayant droit du **[Contrat / Règlement]**, **[Numéro du contrat]**. Ce **[Contrat / Règlement]** 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.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de **[Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]** s'élève à **[Montant en euros] [Par an / Par mois]**. Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le **[date]**.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**[Signature]
[Cachet de l'organisme complémentaire]**