

DEMANDE INDIVIDUELLE DE PARTICIPATION A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (PSC) AU TITRE DU RISQUE SANTÉ - NOUVELLE DEMANDE -

Afin de prendre en compte votre demande individuelle de participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire (PSC) pour le risque Santé, veuillez renseigner les éléments demandés ci-dessous et joindre les justificatifs nécessaires.

Agent

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage :

Adresse :

Grade ou emploi :

Pôle :

Catégorie C (participation de 20 €)

Catégorie B (participation de 15 €)

Catégorie A (participation de 10 €)

Mutuelle

Nom de la mutuelle :

Nom du contrat labellisé :

(A titre d'information, la liste des contrats ou règlements labellisés, seuls éligibles à une participation de l'employeur, souscrits auprès de mutuelles pour lesquels l'employeur peut participer au financement est consultable et mise à jour régulièrement sur le site : www.collectivites-locales.gouv.fr > **fonction publique territoriale** > **protection sociale complémentaire** > **la liste des contrats et règlements labellisés**).

Montant de la cotisation mutuelle :

Mensuel : €

Annuel : €

Mode de prélèvement de la cotisation mutuelle :

Sur le bulletin de salaire

Par prélèvement bancaire

Autre (à préciser) :

Je soussigné(e),, certifie sur l'honneur que les renseignements portés dans cette déclaration sont exacts.

Je m'engage à informer le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Gironde de toute modification de situation relative aux éléments de la présente demande.

A, le

Signature de l'agent

Justificatifs à produire à l'appui de la demande

Tout document de nature à justifier le montant de la cotisation et le nom du contrat :

- contrat mutuelle
- bulletin d'adhésion
- appel de cotisations
- attestation de l'organisme

□ □ □ □