

Démarche : DRHDS - Demande de remboursement PSC

Organisme : DRHDS (Direction des Ressources Humaines et du Dialogue Social)

Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

Date de naissance

Formulaire

Demande de remboursement de Protection Sociale Complémentaire

Rattachement gestionnaire RH

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

BIATSS contractuels - Services Universitaires

BIATSS titulaires - Services Universitaires

Doctorants contractuels - Toutes composantes

Enseignants chercheurs, Enseignants - hors IUT, INSPÉ, Polytech

INSPÉ

IUT de La Roche / Yon

IUT de Nantes

IUT de St Nazaire

Pôle Humanités

Pôle Santé

Pôle Sciences

Pôle Société

Polytech Nantes

Post Doctorants - hors pôles

Nom de naissance

DRHDS - Demande de remboursement PSC

Nom de naissance

Nom d'usage

Nom d'usage

Prénom

Prénom

Numéro de matricule

Numéro de matricule interne à l'Université.

A récupérer :

- sur la carte professionnelle

- à l'adresse : <http://dossper.univ-nantes.fr/>

Affectation (employeur principal)

Pôle Humanités

Lettres et Culture Étrangères (FLCE)

Lettres et langages

Géographie et aménagement (IGARUN)

Histoire, Histoire de l'Art et Archéologie

Psychologie

Rattachement direct au Pôle Humanités

Pôle Sciences et Technologies

Sciences et techniques

IUT de Nantes

IUT de Saint-Nazaire

IUT de La Roche-sur-Yon

Polytech Nantes

Rattachement direct au Pôle Sciences et Technologies

Pôle Santé

Médecine et Techniques médicales

Odontologie

Sciences pharmaceutiques et biologiques

Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Rattachement direct au Pôle Santé

DRHDS - Demande de remboursement PSC

Pôle Sociétés

Droit et sciences politiques

IAE Nantes - Économie et management

IPAG - Administration générale

Sociologie

Rattachement direct au Pôle Sociétés

Instituts, hors pôles

Inspé - Professorat et éducation

Services universitaires

Direction générale

Direction de la recherche, des partenariats et de l'innovation

Direction Europe et international

Direction de la formation et de la vie étudiante

Direction de la formation continue

Centre de développement pédagogique

Service d'insertion et d'orientation

Service de santé des étudiants

Bibliothèques universitaires

Service universitaire des langues

Service universitaire des activités physiques et sportives

Direction de la culture et des initiatives - Théâtre universitaire

Université permanente

Direction des ressources humaines et du dialogue social

Direction du développement social, de la prévention et de la sûreté

Direction des affaires juridiques

Cellule des affaires institutionnelles

Médecine des personnels

Comité des personnels

Direction des affaires financières

Direction des systèmes d'information et du numérique

Direction du patrimoine immobilier et de la logistique

Direction des achats

DRHDS - Demande de remboursement PSC

Site NEXT

Cellule d'appui au pilotage, évaluation et qualité

Halle 6

Transformation écologique

Catégorie de personnel

Catégorie de personnel

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

BIATSS titulaire

BIATSS contractuel

Enseignant

Doctorant contractuel

Post doctorant

Nom de l'organisme complémentaire

Nom de l'organisme complémentaire

Début d'effet du contrat de complémentaire santé

Début d'effet du contrat de complémentaire santé indiquée sur l'attestation

Statut mutuelle

Titulaire / Ayant droit du contrat de mutuelle

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Titulaire

Ayant droit

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Attestation émise par l'organisme complémentaire

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.

Le format du document doit obligatoirement comporter les informations indiquées dans le modèle suivant :

<https://intraperso.univ-nantes.fr/espace-rh/personnels-administratifs-et-techniques/modele-attestation-complementaire-sante>

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.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

