



Enquête protection sociale complémentaire

COLLECTIVITE /ETABLISSEMENT

.....

Numero siret

Nombre d'agents :

Titulaires :

Stagiaires :

Contractuels de droit public

Contractuels de droit privé :

Personne en charge du dossier :

Téléphone : *Email* :

Risque « Santé »

Finalité : Apporter un soutien financier aux agents territoriaux qui choisissent de souscrire à des contrats ou règlements destinés à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

- Participez-vous actuellement à la protection sociale complémentaire de vos agents pour le risque « Santé » ?

Oui

Non

- Si oui, selon quelle procédure ?

Labellisation

Convention de participation

proposée par le Centre de Gestion

mise en place par la collectivité

Contrat collectif antérieur au décret du 08/11/2011 (sans participation financière)

Autre (Préciser) :

- Nombre de bénéficiaires de la participation :

- Montant mensuel par agent de la participation : €

- Avez-vous instauré une modulation du montant de la participation dans un but d'intérêt social ?

Oui, selon le(s) critère(s) suivant(s) :

Situation statutaire :

.....

.....

Situation familiale :

.....

.....

Autre(s) :

.....

.....

Non

- Comment est versée la participation ?

Aux agents

Aux organismes

- Seriez-vous susceptible d'adhérer à la convention de participation mise en place par le Centre de Gestion pour le risque « Santé » ?

Oui (sous réserve d'être satisfait des résultats de la mise en concurrence)

dès la date de prise d'effet de la convention de participation

à compter du .../.../.....

à la date d'entrée en vigueur de l'obligation de participation le 01/01/2026

Non

- Souhaitez-vous que certains points particuliers fassent l'objet de la négociation dans le cadre de la mise en concurrence (garanties, options...) ?

.....
.....
.....
.....
.....

- Autres observations

.....
.....
.....
.....
.....

Risque « Prévoyance »

Principe : Apporter un soutien financier aux agents territoriaux qui choisissent de souscrire à des contrats ou règlements destinés à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès.

- Participez-vous actuellement à la protection sociale complémentaire de vos agents pour le risque « Prévoyance » ?

Oui

Non

- Si oui, selon quelle procédure ?

Labellisation

Convention de participation

proposée par le Centre de Gestion

mise en place par la collectivité

Contrat collectif antérieur au décret du 08/11/2011 (sans participation financière)

Autre (Préciser) :

-
- Nombre de bénéficiaires de la participation :

- Montant mensuel par agent de la participation : €

- Avez-vous instauré une modulation du montant de la participation dans un but d'intérêt social ?

Oui, selon le(s) critère(s) suivant(s) :

Situation statutaire :

.....

Situation familiale :

.....

Autre(s) :

.....

.....

Non

- Comment est versée la participation ?

- Aux agents
- Aux organismes

- Seriez-vous susceptible d'adhérer à la convention de participation mise en place par le Centre de Gestion pour le risque « Prévoyance » ?

- Oui (sous réserve d'être satisfait des résultats de la mise en concurrence)
 - dès la date de prise d'effet de la convention de participation
 - à compter du .../.../.....
 - à la date d'entrée en vigueur de l'obligation de participation le 01/01/2025
- Non

- Quel est le sort du régime indemnitaire de vos agents :

o En cas de maladie ordinaire ?

- Maintenu intégralement
- Suit le sort du traitement
- Suspendu dans les conditions suivantes :

.....

.....

- Autre (préciser) :

.....

.....

En cas de congé de longue maladie / congés de longue durée / congés de

o grave maladie ?

- Maintenu intégralement
- Suit le sort du traitement
- Suspendu

Autre (préciser) :

.....

- Souhaitez-vous que certains points particuliers fassent l'objet de la négociation dans le cadre de la mise en concurrence (garanties, options...) ?

.....
.....
.....
.....
.....

- Autres observations

.....
.....
.....
.....
.....