

PREVOYANCE

A retourner complété au CDG66
psc@cdg66.fr
avant le 30 septembre 2023

NOM de la collectivité :

Adresse :

Téléphone :

Courriel de la personne responsable du dossier assurances :

FINALITÉ DE LA PRÉVOYANCE : Apporter un soutien financier de la collectivité aux agents territoriaux qui choisissent de souscrire des contrats ou règlements destinés à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès

1) EFFECTIFS – MASSE SALARIALE :

Agents de droit Public - Masses salariales et équivalents temps plein

	TBI	NBI	RI	Nombre d'équivalents temps plein
2020				
2021				
2022				

2) Votre collectivité participe-t-elle actuellement à la protection sociale complémentaire de ses agents pour le risque « prévoyance » ?

Oui

Non

3) Si oui, selon quelle procédure ?

Labellisation

Convention de participation conclue par la collectivité

Autre (précisez) :

4) Quel est le montant mensuel de la participation (indiquez si la collectivité a instauré une modulation du montant de la participation dans un but d'intérêt social) ?

.....
.....

5) BÉNÉFICIAIRES DE LA PARTICIPATION :

FONCTIONNAIRES CNRACL (durée hebdomadaire ≥ 28 h/35 h)

TRANCHE D'ÂGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
60 ans et plus			
De 55 à 59 ans			
De 45 à 54 ans			
De 35 à 44 ans			
Moins de 35 ans			
TOTAL			
Âge moyen			

AGENTS CONTRACTUELS (quel que soit le temps de travail) ET FONCTIONNAIRES IRCANTEC (durée hebdomadaire < 28 h/35 h)

TRANCHE D'ÂGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
60 ans et plus			
De 55 à 59 ans			
De 45 à 54 ans			
De 35 à 44 ans			
Moins de 35 ans			
TOTAL			
Âge moyen			

6) Quel est le sort du régime indemnitaire des agents de votre collectivité en cas de congé de maladie ordinaire ?

Maintenu intégralement

Suit le sort du traitement (plein ou demi-traitement)

Suspendu ou maintenu dans les conditions suivantes :

.....
.....

6-1) Quel est le sort du régime indemnitaire des agents de votre collectivité en cas de congé de longue maladie/longue durée ?

Maintenu intégralement

Suit le sort du traitement (plein ou demi-traitement)

Suspendu ou maintenu dans les conditions suivantes :

.....
.....

7) Si votre collectivité adhère déjà à une convention de participation en matière de prévoyance, indiquez vos garanties actuelles :

Indiquez la base de prestations et l'assiette de cotisations actuelles :

	OUI	NON
Le traitement indiciaire brut		
Primes mensuelles fixes ou indemnités mensuelles fixes autres que celles ayant le caractère de remboursement de frais		
La nouvelle bonification indiciaire		
Le supplément familial de traitement		
Les charges patronales		

Ainsi que votre sinistralité en complétant le tableau ci-dessous :

		2020		2021		2022	
		Nombre de jours d'arrêt total*	Nombre d'arrêts	Nombre de jours d'arrêt total*	Nombre d'arrêts	Nombre de jours d'arrêt total*	Nombre d'arrêts
Maladie ordinaire	Plein traitement						
	Demi-traitement						
	Disponibilité d'office						
Longue maladie / Longue durée	Plein traitement						
	Demi-traitement Mi-temps thérapeutique						
	Disponibilité d'office						
Nombre de décès							
Nombre de mises en retraite pour invalidité							
Effectif touché par l'arrêt							
Effectif global :							

- *S'agit-il de : jours calendaires
 *S'agit-il de : jours ouvrés

8) Votre collectivité est-elle susceptible d'adhérer à la convention de participation conclue par le Centre de Gestion de pour le risque « prévoyance » ?

Oui :

- À compter du .../.../.....
- À la date d'entrée en vigueur de l'obligation de participation le 1^{er} janvier 2025

Non

9) Si oui, indiquez les prestations souhaitées :

	OUI	NON
Indemnités journalières (compensant la perte de revenus)		
Invalidité (rente en cas d'incapacité permanente)		
Perte de retraite (en option – Prestations supplémentaires éventuelles)		
Décès – Perte totale et irrémédiable d'autonomie (en option – Prestations supplémentaires éventuelles)		

Indiquez la base de prestations et l'assiette de cotisations souhaitées :

	OUI	NON
Le traitement indiciaire brut		
Primes mensuelles fixes ou indemnités mensuelles fixes autres que celles ayant le caractère de remboursement de frais		
La nouvelle bonification indiciaire		
Le supplément familial de traitement		
Les charges patronales		

Quel est le taux de prise en charge actuellement appliqué ? : 100 % - 95 % - 90 % - autre

Quel est le taux de prise en charge souhaité ? : 100 % - 95 % - 90 % - autre

Quel est le montant envisagé de la participation par agent/mois ? :

Quel est le budget annuel estimé par la collectivité ? :