

PREVOYANCE

A retourner complété au CDG66
psc@cdg66.fr

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 ? :