# PREVOYANCE

**A retourner complété au CDG66**

**psc@cdg66.fr**

**dans les meilleurs délais**

**NOM de la collectivité :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Courriel de la personne responsable du dossier assurances :**

**N° Siret de la collectivité : ………………………………………………………………………………………………………………………**

**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** |
| **2022** |   |   |  |   |
| **2023** |   |   |   |   |
| **2024** |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |

**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 :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **2022** | **2023** | **2024** |
|  |  | **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-traitementMi-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 1er 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 ? :