

**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 :
	+ 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

* + 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