****

**QUESTIONNAIRE**

**PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE**

**,Etat des lieux et attentes des collectivités territoriales en matière de « complémentaire santé » et de « prévoyance » à destination de leurs agents.**

**DATE LIMITE : VENDREDI 18 FÉVRIER 2022**

Vous pouvez retourner ce questionnaire :

* Par mail : amelie.lefevre@cdg76.fr
* Par courrier : CDG 76 – 40 Allée de la Ronce – 76230 ISNEAUVILLE

*Afin de pouvoir réaliser la mise en concurrence et vous proposer des conventions de participation (contrats groupe) répondant à vos attentes, à un niveau suffisant pour permettre une parfaite mutualisation des risques, gage de stabilité des conditions financières, nous vous remercions du temps que vous voudrez bien consacrer à répondre à cette enquête.*

*A noter que* ***cette enquête n’engage nullement la collectivité à souscrire aux conventions qui seront mises en œuvre par les Centres de Gestion Normands*** *en santé et prévoyance.*

|  |
| --- |
| **COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT PUBLIC** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Nombre d’agents :Titulaires : Stagiaires : Contractuels de droit public : Contractuels de droit privé : Retraités : *Personne en charge du dossier* : ………………………………………………………………………………………………………*Téléphone : ……………………………………………….….. Email : …………………………………………………………………..* |

**RISQUE SANTÉ**

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

* Votre collectivité participe-t-elle actuellement à la protection sociale complémentaire de ses 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 n° 2011-1474 du 08/11/2011 (sans participation financière)

🞏 Autre (Préciser) : ……………………………………………………………………………………………….……

* Nombre de bénéficiaires de la participation : **……………**
* Montant mensuel par agent de la participation : **………… €**
* Votre collectivité a t- elle 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

* A qui est versée la participation ?

🞏 Aux agents 🞏 Aux organismes

* Votre collectivité serait-elle susceptible d’adhérer à la convention de participation qu’envisagent de mettre en place par les Centres de Gestion Normands 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 de la collectivité 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.*

* Votre collectivité participe-t-elle actuellement à la protection sociale complémentaire de ses 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 n° 2011-1474 du 08/11/2011 (sans participation financière)

🞏 Autre (Préciser) :

* Nombre de bénéficiaires de la participation : **……………**
* Montant mensuel par agent de la participation : **………… €**
* Votre collectivité a t-elle 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

* A qui est versée la participation ?

🞏 Aux agents 🞏 Aux organismes

Votre collectivité serait-elle susceptible d’adhérer à la convention de participation qu’envisagent de mettre en place par les Centres de Gestion Normands 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 des agents de votre collectivité :
1. En cas de maladie ordinaire?

🞏 Maintenu intégralement

🞏 Suit le sort du traitement

🞏 Suspendu dans les conditions suivantes : ……………………………………………………..……….

………………………………………………………………………………………………………………………..………….

🞏 Autre (préciser) : ........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………..……………….

1. En cas de congé de longue maladie / maladie de longue durée / 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

**……………………………………………………………………………………………………………………………..……………….……**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..……………….……**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..……………….……**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..……………….……**

*Signature de l’autorité territoriale :*

**Nous vous remercions pour votre participation !**