Saisine du Comité Social Territorial

**PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE**

Date de séance : …… / …… / …………….

**Textes de référence :**

* Code général de la fonction publique, notamment les articles L731-1 à L731-5
* Décret n° 2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics
* Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents
* Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement
* Circulaire n°RDFB1220789C du 25 mai 2012

Nom et adresse de la Collectivité

OU DE L’ETABLISSEMENT concerne

CONTACT EN CHARGE DU DOSSIER

TELEPHONE - MAIL

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

***Rappel :***

Le décret du 8 novembre 2011 permet d’ouvrir un champ d’intervention aux collectivités pour valoriser le gestion des ressources humaines en participant financièrement aux contrats Santé et / ou Prévoyance des agents.

**Santé :** affection portant atteinte à l’intégrité physique et maternité – Participation pour l’adhésion aux Mutuelles Complémentaires.

**Prévoyance :** Incapacité, invalidité et décès – Participation pour l’adhésion aux contrats de garantie maintien de salaire

**Bénéficiaires :** Fonctionnaires, agents non-titulaires de droit public et de droit privé

Si la collectivité souhaite participer au financement de la protection sociale, le dispositif réglementaire prévoit deux possibilités (la participation et le choix de la modalité font l’objet d’une délibération après l’avis du CST) :

* Soit les opérateurs (Mutuelles, Assurances…) font **labelliser** leurs contrats par des organismes agréés en fonction de critères précis tels que le respect de la solidarité intergénérationnelle. Ils ont 9 mois pour solliciter cette labellisation à compter de la parution du décret et les agents pourront alors demander la contribution de leur employeur s’il a opté pour cette formule (forfait en euros).
* Soit la collectivité décide de conclure une convention de participation (pour 6 ans) avec certains opérateurs (mise en concurrence simple) en respectant le délai de 9 mois à compter de la parution du décret (avis du CT sur la convention). L’agent est obligé de souscrire un contrat auprès de l’opérateur sélectionné par la collectivité pour bénéficier d’une contribution.

Nombre d’agents titulaires :…………………………Stagiaires :………………………..Non-titulaires :...………………….

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Présentation aux agents du dispositif et information sur le choix entre labellisation et la convention :**

Réunion : non oui Date :……./………/……….

Enquête : non oui Période :………………………………………………………………..

Autre : …………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Modalité n° 1 : La Labellisation**

***Chaque agent est libre de choisir l’organisme de son choix. Si l’organisme es labellisé (voir liste du 31 août 2012), l’agent bénéficiera de l’aide de l’employeur.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nature du risque*** | ***Participation*** | ***Date d’effet*** |
| Santé  Prévoyance  Les deux | Montant :………………………………………………….................par agent  Modulation : non  Oui  En fonction des revenus  En fonction de la situation familiale  En fonction des deux critères  **Précisez les critères de modulation** :………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………..  **Versement :** Directement à l’agent A l’organisme | A compter du :  …..../…...../…….  1/2 |

**Modalité n° 2 : La convention de participation**

***Suite à une procédure de mise en concurrence, un contrat est choisi par la collectivité et proposé aux agents. Ceux-ci sont libres d’y adhérer ou non, mais seuls ceux qui choisiront le contrat de l’opérateur retenu par la collectivité pourront bénéficier de l’aide financière.***

Date du lancement de la mise en concurrence :…….…./…….…../…………..

Opérateur retenu :……………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nature du risque*** | ***Participation*** | ***Obervations*** |
| Santé  Prévoyance  Les deux | Montant :…………………………………………………..................Par agent  Modulation : non  Oui  En fonction des revenus  En fonction de la situation familiale  En fonction des deux critères  **Précisez les critères de modulation** :………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………..  Versement : Directement à l’agent A l’organisme | A compter du :  …..../…...../…….  pour 6 ans |

**LE PROJET DE CONVENTION OU DELIBERATION DOIT ETRE JOINT A LA PRESENTE DEMANDE**

Commentaires :…………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

SIGNATURE DE L’AUTORITE TERRITORIALE

***Fait à*** *(lieu)* ***:*** *………….……………………………………….….*

***Le*** *(date)****:*** *……/……/…………*

***Nom du Maire ou du Président :*** *……………………….……*

***Cachet de la collectivité et signature******de l’autorité territoriale***