**DEMANDE D’AVIS DU Comité Technique**

**Protection sociale complémentaire**

**Références :**

* Loi n° 2007-148 du 2 février 2007
* Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011
* Circulaire n°RDFB1220789C du 25 mai 2012

**Rappel :**

Le décret du 8 novembre 2011 permet d’ouvrir un champ d’intervention aux collectivités pour valoriser la 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 de maintien de salaire

**Nom de la collectivité** : nombre d’habitants : ……..

Adresse :

Courriel :

Personne chargée du dossier ……………………………………………………….. Tél. : ………………………….............

Nombres d’agents titulaires : stagiaires : non titulaires :

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

Réunion : oui 🗆 non 🗆 Date : / /

Enquête : oui 🗆 non 🗆 Période :

Autre :

**Modalité: la labellisation**

**Chaque agent est libre de choisir l’organisme de son choix.**

**Si l’organisme est 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 🗆  \* merci de nous indiquer si vous participez déjà au titre de la santé  Oui 🗆 non 🗆 | Montant : …………………euros par mois par agent  Modulation : non 🗆  oui 🗆  En fonction des revenus 🗆  En fonction de la situation familiale 🗆  En fonction des deux critères 🗆  Précisez : ……………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………..  Versement : directement à l’agent 🗆  à l’organisme 🗆 | A compter du  …../……/……… |

Fait à

Le Maire ou le Président