|  |
| --- |
| **PROCEDURE DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION** |
| **(1ère saisine sur les éléments essentiels de la future convention de participation)** |

**Rappel**

L’avis du comité social territorial doit être préalable à la délibération de votre conseil.

**Principe**

Cette procédure permet de conclure une convention de participation avec une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise d’assurance, après avis d’appel public à la concurrence pour sélectionner une offre répondant aux besoins propres des agents et remplissant les conditions de solidarité prévues par le décret susvisé. Seuls les agents qui choisiront de souscrire à l’offre de l’opérateur sélectionné pourront bénéficier de l'aide financière.

Aucune distinction ne peut être faite selon le statut de l’agent ou la durée de son engagement.

**Textes de référence**

* Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 modifié relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents
* Circulaire n°RDFB1220789C du 25 mai 2012 relative à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents

### VOTRE IDENTITE

**Nom de la collectivité** : **............**

Affaire suivie par : ............

Téléphone (ligne directe) : ............ Email : ............

### DETAILS DE VOTRE SAISINE

|  |  |
| --- | --- |
| **Date d’effet** | ............ |
| **Risque(s) couvert(s)** |  santé prévoyance les deux |
| **Montant forfaitaire de participation accordé à chaque agent***(ne peut être supérieur à la cotisation payée par l’agent)**Montant minimum obligatoire de 15 € par mois pour le risque santé à compter du 1er janvier 2026**Montant minimum obligatoire de 7 € par mois pour le risque prévoyance à compter du 1er janvier 2025* | ............ € |

|  |  |
| --- | --- |
| **Critères de modulation** le cas échéant*(possible en fonction des revenus et/ou de la situation familiale)* | ............ |
| **Versement** |  directement à l’agent aux organismes de protection sociale |

Fait à ............, le ............

(Cachet et signature) Le Maire / Le Président

*Merci de retourner votre imprimé par mail à l’adresse**cdg50@cdg50.fr*