|  |
| --- |
| **ADHÉSION À LA CONVENTION DE PARTICIPATION PROPOSÉE**  **PAR LE CENTRE DE GESTION AU TITRE DU RISQUE SANTE** |

**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*.*

**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** | **............** |
| **Organisme retenu** | Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) - Sofaxis |
| **Caractéristiques du contrat** | * 3 formules de garanties au choix de l’agent, selon son degré de protection recherché et sa situation familiale * Formules supérieures aux garanties du panier de soins * Taux de cotisation unique quel que soit l’âge pour l’ensemble des actifs * Garantie de maintien des taux jusqu’au 31 décembre 2024 |
| **Modalités d’adhésion du contrat** | * Adhésion facultative et sans condition (éligibilité de tous les agents, fonctionnaires ou contractuels de droit public ou de droit privé) * Garantie immédiate (pas de délai de carence) * Pas de limite d’âge * Absence de questionnaire médical |
| **Montant final de la participation par agent**  *(montant libre jusqu’au 31 décembre 2025, puis fixé à 15 € minimum par agent et par mois à compter du 1er janvier 2026)* | ............ € |
| **Critères de modulation** le cas échéant  *(possible en fonction des revenus et/ou de la situation familiale)* | ............ |

Fait à ............, le ............

(Cachet et signature) Le Maire / Le Président

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