|  |
| --- |
| Textes de référence :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.Principe : La mise en place de ce dispositif permet aux collectivités d’aider financièrement leurs agents en matière de protection sociale complémentaire. Les agents concernés sont les fonctionnaires ainsi que les agents de droit public et de droit privé. Les retraités peuvent bénéficier du dispositif pour le risque santé mais sans participation de l’employeur.La collectivité peut choisir de participer sur le risque « santé » et/ou « prévoyance », par l’intermédiaire soit de contrats labellisés, soit d’une convention de participation.Elle doit fixer le montant de l’aide (ce montant doit être exprimé en euros) et la modulation éventuelle, qui prendrait en compte le revenu des agents dans un but d’intérêt social. |
| **COLLECTIVITE** : ..................................................................................................Affaire suivie par : ..........................................Tél. : ..........................................Email : .......................................... |

**1 – PARTICIPATION FInanciere MUTUELLE**

Date de mise en place :

Somme mensuelle :

Dispositions particulières :

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

Modalités de participation :

**Labellisation** O

**Adhésion à la convention de participation pour le risque Complémentaire Santé** O

Date d’adhésion :

**2 – participation financiere prevoyance**

Date de mise en place :

Somme mensuelle :

Dispositions particulières :

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

Modalités de participation :

**Labellisation** O

**Adhésion à la convention de participation pour le risque Prévoyance** O

Date d’adhésion :

O Formule 1 : indemnités journalières en cas d’incapacité de travail

O Formule 2 : indemnités journalières en cas d’incapacité de travail +invalidité + Décès-PTIA

A ……………………………………….

Le ……………………………………..

Le Maire – Le Président

*(cachet de la collectivité)*