# Logo ArimaUne image contenant texte, Police, logo, conception  Description générée automatiquement

# COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

# A renvoyer au Centre de gestion par mail : assurances@cdg81.fr pour le jeudi 31 octobre 2024

**NOM de la collectivité :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Courriel de la personne responsable du dossier assurances de personne :**

**FINALITÉ : Apporter un soutien financier de la collectivité aux agents territoriaux qui choisissent de souscrire des contrats ou règlements destinés à couvrir les frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité**

# 1) EFFECTIFS :

Complétez le fichier Excel « Stats Santé » disponible sur le site du Centre de gestion : *« Gestion des RH / Instances et dialogue social / Protection sociale complémentaire »*.

L’envoi de ce fichier est obligatoire.

**2)** **Votre collectivité participe-t-elle actuellement à la protection sociale complémentaire de ses agents pour le risque « santé » ?**

Oui Non

**3) Si oui, selon quelle procédure ?**

 Labellisation

 Convention de participation conclue par la collectivité

 Autre (précisez) :

**4) Quel est le montant mensuel de la participation (indiquez si la collectivité a instauré une modulation du montant de la participation dans un but d’intérêt social) ?**

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

**5) Nombre de bénéficiaires de la participation :** …………………………

**6) Votre collectivité est-elle susceptible d’adhérer à la convention de participation conclue par le Centre de Gestion du Tarn pour le risque « santé » ?**

Oui :

* À compter du …/…/…..
* À la date d’entrée en vigueur de l’obligation de participation le 1er janvier 2026

Non

**7) Si oui :**

Quel est le montant envisagé de la participation (par agent) ? :

Quel est le budget annuel estimé par la collectivité ? :