Protection Sociale Complémentaire

Demande d’avis du Comité Social Territorial Intercommunal (CST)

Adhésion aux conventions de participation du CDG31

Références juridiques : Code général de la fonction publique / ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 / décret n°2022-581 du 20 avril 2022 / décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

|  |  |
| --- | --- |
| **Collectivité** | …………………………………………………………………………………… |
| **Personne en charge du dossier** | …………………………………………………………………………………… |

Par le présent document, la collectivité soumet au CST pour avis son projet d’adhésion à la ou les convention(s) de participation proposées par le CDG31, en précisant les conditions de sa participation à la couverture en protection sociale des agents.

Cocher la ou les cases choisie(s). Remplir la ou les rubriques correspondant au choix de la collectivité.

# Convention de participation en SANTE : Risque Santé (couverture des risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et la maternité)

- Adhésion à la convention de participation du CDG31 attribuée à la **MNT**

- Date de prise d’effet choisie au : ……../……../……….

**- Participation obligatoire\***

Versement à tout agent ayant souscrit à la convention de participation proposée d’un **montant mensuel unique** de …………. euros.

**OU**

**Modulation selon la rémunération ou la situation familiale** des agents (préciser ci-dessous les montants et les conditions de modulation le cas échéant)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Convention de participation en PREVOYANCE : Risque Prévoyance (couverture des risques liés à l'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès)

- Adhésion à la convention de participation du CDG31 attribuée au **groupement Alternative Courtage (courtier) / Territoria mutuelle**

- Date de prise d’effet choisie au : ……../……../……….

**- Participation obligatoire\***

Versement à tout agent ayant souscrit à la convention de participation proposée d’un **montant mensuel unique** de …………. euros.

**OU**

**Modulation selon la rémunération ou la situation familiale** des agents (préciser ci-dessous les montants et les conditions de modulation le cas échéant)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\*Attention** : montants minimums de 7 euros en Prévoyance au 01/01/2025 et 15 euros en Santé 01/01/2026. Cependant, les employeurs qui participaient déjà à la couverture de leurs agents via des conventions de participation en vigueur au 1er janvier 2022 sont tenus de respecter les montants minimums dès leur terme et à la date de prise d’effet choisie pour l’adhésion aux conventions de participation du CDG31.

Fait à ……………………………………….

Le …………………………………………….

Nom, cachet et visa de l’autorité territoriale

Pour toute question juridique relative à la Protection Sociale Complémentaire, notamment sur la saisine du Comité Social Territorial : Mathieu PINTO - [carrieres@cdg31.fr](mailto:carrieres@cdg31.fr)

**Rappel** : les dossiers de saisine du CST doivent parvenir au CDG31 **4 semaines avant la séance.**

Ils peuvent être envoyés par mèl à [carrieres@cdg31.fr](mailto:carrieres@cdg31.fr) ou par courrier à CDG31 590, rue Buissonnière - CS 37666 - 31676 LABEGE CEDEX