



SAISINE DU COMITÉ SOCIAL TERRITORIAL (CST)

Protection Sociale Complémentaire

Ce formulaire est à compléter et à retourner avec les pièces de saisine dans **un seul fichier** au format PDF à vos gestionnaires RH : **GRH1** : grh1@cdg16.fr **GRH2** : grh2@cdg16.fr **GRH 3** : grh3@cdg16.fr

COLLECTIVITÉ

Nom :

Adresse :

Personne en charge du dossier :

Téléphone :

Mail :

DOSSIER DE SAISINE

PROCEDURE – PREVOYANCE

Labellisation Convention de participation

Mise en place Modification de la mise en place

la commune / l'établissement décide de modifier, pour ce risque, la participation financière* aux fonctionnaires, agents de droit public et privé en activité et de fixer le niveau de participation suivant :

Ancien montant unitaire mensuel brut : _____ €/agent.

Nouveau montant unitaire mensuel brut : _____ €/agent

Ou montant modulé dans un but d'intérêt social : *selon la grille retenue*

La participation sera revalorisée selon..... (Indiquer les modalités de revalorisation de la participation (Exemple : nouvelle délibération))

Date d'effet (L' avis du CST doit être préalable à la délibération ou décision de la collectivité) :

.....

PROCEDURE – SANTE

- Labellisation Convention de participation
 Mise en place Modification de la mise en place

la commune / l'établissement décide de modifier, pour ce risque, la participation financière* aux fonctionnaires, agents de droit public et privé en activité et de fixer le niveau de participation suivant :

Ancien montant unitaire mensuel brut : _____ €/agent.

Nouveau montant unitaire mensuel brut : _____ €/agent

Ou montant modulé dans un but d'intérêt social : *selon la grille retenue*

La participation sera revalorisée selon..... (Indiquer les modalités de revalorisation de la participation (Exemple : nouvelle délibération))

Date d'effet (L'avis du CST doit être préalable à la délibération ou décision de la collectivité) :

.....

Le montant minimum est fixé à 7€/mois pour le risque prévoyance depuis le 1er janvier 2025, et à 15€/mois pour le risque santé (à compter du 1er janvier 2026). Le montant maximum est celui de la cotisation de l'agent. La participation peut être modulée en fonction de la situation familiale et/ ou des revenus (soit dans un but d'intérêt social à savoir revenus les moins élevés, familles nombreuses...). La documentation relative à la protection sociale complémentaire (foire aux questions, présentation,...) est disponible sur le site www.cdg16.fr (nos services/protection sociale complémentaire).

A, le

(Cachet de la collectivité/Prénom, nom, qualité et signature de l'Autorité Territoriale)

Les informations collectées sur ce formulaire sont destinées au Pôle Gestion des Ressources Humaines pour la saisine et l'information du Comité Social Territorial. Elles sont conservées selon la réglementation en vigueur. Conformément à la Loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD2016/679), vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Vous pouvez

exercer votre droit d'accès en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CDG16 : dpo@cdg16.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.