



1. Veuillez indiquer le nom, et la fonction de la personne répondant au questionnaire \*

2. Quelle est votre adresse mail ? \*

3. Quel est le nom de votre collectivité ou de votre établissement public ? \*

4. Combien d'agents (fonctionnaires et contractuels) compte votre collectivité (effectif total au 30/06/2023) ? \*

5. Relevez-vous du CT/CST départemental ou avez-vous votre propre CT/CST ? \*

CT/CST départemental

CT/CST de l'établissement

# PREVOYANCE

## A - SITUATION ACTUELLE

6. Participez-vous financièrement à la prévoyance de vos agents ? \*

Oui

Non

7. Combien d'agents bénéficient effectivement de cette participation ? \*

8. Cette participation s'effectue par le biais d'une convention de participation (contrat collectif proposé par la collectivité) ou d'une labellisation (contrats labellisés souscrits individuellement par les agents) ? \*

Convention de participation

Labellisation

9. Quel assureur / mutuelle gère votre contrat ? \*

10. Quelle est son échéance ? \*

31/12/2023

31/12/2024

31/12/2025

31/12/2026

31/12/2027

8. Cette participation s'effectue par le biais d'une convention de participation (contrat collectif proposé par la collectivité) ou d'une labellisation (contrats labellisés souscrits individuellement par les agents) ? \*

Convention de participation

Labellisation

9. À hauteur de quel montant contribuez-vous à la prévoyance de vos agents ? \*

moins de 5 € par mois

entre 5 € et 9 € par mois

entre 10 € et 14 € par mois

entre 15 € et 19 € par mois

entre 20 € et 24 € par mois

plus de 25 € par mois

10. La participation est-elle forfaitaire, ou modulée selon des critères (ex : fonction de la catégorie de l'agent) ? \*

Forfaitaire

En fonction de la catégorie de l'agent

En fonction de la composition familiale

En fonction de la rémunération

## B - SITUATION ENVISAGEE

*A compter du 1er janvier 2025, la participation des collectivités à la prévoyance des agents va être rendue obligatoire avec l'adhésion obligatoire pour l'agent.*

11. Envisagez-vous de le faire par l'intermédiaire de la convention de participation qui sera portée par le CDG 84 ? \*

Oui

Non

→ Si non, directement question 14

12. Concernant les garanties, quelles seraient vos attentes : \*

Conforme aux minimas, garantie INCAPACITE et garantie INVALIDITE 90 % du revenu net (TI + NBI + RI)

Au-delà des minimas, garantie INCAPACITE et garantie INVALIDITE 95 % du revenu net (TI + NBI + RI)

13. Concernant la garantie décès, non prévu dans les textes règlementaires mais qui reste possible, vous souhaiteriez pour vos agents :

Pas de capital décès

Capital décès, **adhésion obligatoire** pour l'agent, 100 % du revenu net annuel (TI + NBI + RI)

Capital décès, **adhésion facultative** pour l'agent, 100 % du revenu net annuel (TI + NBI + RI)

14. Quel montant envisagez-vous d'octroyer ? \*

moins de 10 € par mois

entre 10 € et 14 € par mois

entre 15 € et 19 € par mois

entre 20 € et 24 € par mois

plus de 25 € par mois

## COMPLEMENTAIRE SANTE

### A - SITUATION ACTUELLE

15. Participez-vous actuellement à la complémentaire santé de vos agents ? \*

Oui

Non

16. Participez-vous par l'intermédiaire d'un contrat collectif/convention de participation ou de contrats labellisés ? \*

Convention de participation

labellisation

17. Quel assureur / mutuelle gère votre contrat ? \*

---

18. **Quelle est l'échéance du contrat ?** \*

31/12/2023

31/12/2024

31/12/2025

31/12/2026

31/12/2027

31/12/2028

16. **Participez-vous par l'intermédiaire d'un contrat collectif/convention de participation ou de contrats labellisés ?** \*

Convention de participation

labellisation

17. **À hauteur de quel montant contribuez-vous à la complémentaire santé de vos agents ?** \*

moins de 5 € par mois

entre 5 et 9 € par mois

entre 10 € et 14 € par mois

entre 15 € et 19 € par mois

entre 20 € et 24 € par mois

plus de 25 € par mois

18. **La participation est-elle forfaitaire, ou modulée selon des critères (ex : fonction de la catégorie de l'agent) ?** \*

Forfaitaire

En fonction de la catégorie de l'agent

En fonction de la composition familiale

En fonction de la rémunération

## B - Situation envisagée

*D'ici le 1er janvier 2026, la participation financière des employeurs à la complémentaire santé des agents va être rendue obligatoire avec un minimum de 15€ par agent. Elle pourra se faire par l'intermédiaire d'un contrat collectif (à adhésion obligatoire après accord majoritaire avec les syndicats représentatifs), d'une convention de participation (adhésion facultative des agents).*

19. **Envisagez-vous de le faire par l'intermédiaire de la convention de participation qui sera portée par le CDG 84 ?** \*

Oui

Non

20. **Si vous souhaitez adhérer à la convention de participation, envisagez-vous de rendre l'adhésion des agents obligatoire (accord majoritaire avec les syndicats représentatifs) ou facultative ?** \*

Adhésion obligatoire

Adhésion facultative

21. **Concernant les garanties, quelles seraient vos attentes : Dans le cadre de la prochaine couverture proposée par le CDG 84, combien de niveaux de garanties souhaiteriez-vous proposer à vos agents ?** \*

Conforme aux minimas, un niveau de garanties unique conforme au panier de soins.

Un niveau de garanties conforme au panier de soins + 1 niveau de garanties optionnel avec des garanties plus couvrantes.

Un niveau de garanties conforme au panier de soins + 2 niveaux de garanties optionnels avec des garanties plus couvrantes.

22. **Dans le cadre de la prochaine couverture proposée par le CDG 84, quelle structuration tarifaire souhaiteriez-vous ?**

Agent / duo (un enfant ou un conjoint) / famille (à partir de 3 personnes couvertes)

Agent / couple / famille (agent + 1 ou plusieurs enfants avec ou sans conjoint)

Agent / famille (agent + 1 ou plusieurs enfants avec ou sans conjoint)

23. **Quel montant envisagez-vous d'octroyer ?** \*

entre 15 € et 19 € par mois

entre 20 € et 24 € par mois

entre 25 et 29 € par mois

plus de 30 € par mois