



Protection Sociale Complémentaire

**COLLECTeam**  
ASSURER LE PRÉSENT, PRÉPARER L'AVENIR

## **CENTRE DE GESTION DES BOUCHES DU RHONE (13)**

Convention de Participation prévoyance

### PRÉSENTATION DU GROUPEMENT

### LE REGIME DE PREVOYANCE

1. **Avantage du régime prévoyance**
2. **Présentation des garanties prévoyance**
3. **Modalités d'adhésion**

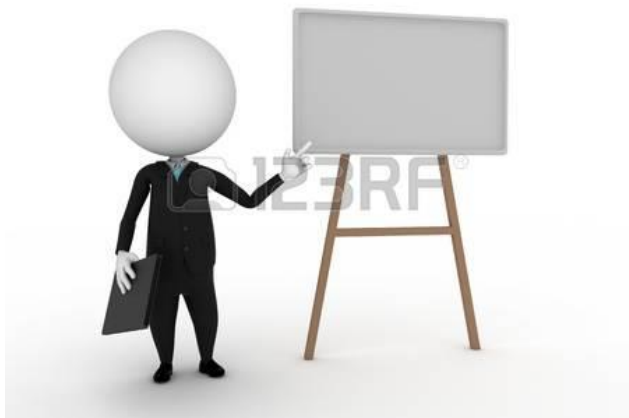
### LA GESTION DU REGIME DE PREVOYANCE

1. **L'adhésion de la Collectivité**
2. **Modalités de gestion : CONNECteam**





# PRÉSENTATION DU GROUPEMENT



# PRÉSENTATION DU GROUPEMENT



**Les agents et  
Collectivités  
adhérentes au  
CDG 13**

**Porteur du Risque,  
1<sup>er</sup> organisme assureur  
européen**



**COLLECTeam**

**Conseil et  
gestionnaire**





# LE REGIME DE PREVOYANCE



## **LES AVANTAGES DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE**

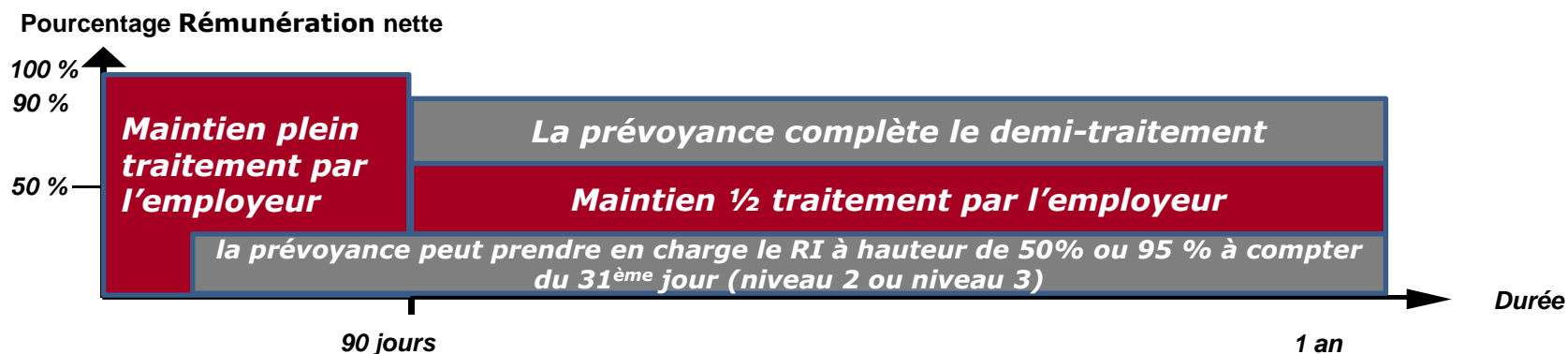
- Pas de questionnaire médical,
- Pas de délai de carence,
- Une participation financière de l'employeur,
- Un tarif unique quel que soit l'âge de l'agent,
- Un tarif plus compétitif que dans le cadre d'une adhésion individuel.

**Un avantage social important mis en place par le Centre de Gestion et les Collectivités adhérentes**



## LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS

### ➤ Complément Maintien de salaire en Maladie



- **En Maladie Ordinaire :**
  - 3 mois plein traitement
  - 9 mois 1/2 traitement
- **En Longue Maladie :**  
(reconnue pour environ 30 pathologies)
  - 1 an plein traitement
  - 2 ans 1/2 traitement
- **En Longue Durée :**  
(reconnue pour 5 pathologies)
  - 3 ans plein traitement
  - 2 ans 1/2 traitement

### ➤ Complément de la pension d'invalidité

### ➤ Capital en cas de perte de retraite pour invalidité

### ➤ Capital en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie



# PRÉSENTATION DES GARANTIES PRÉVOYANCE





## L'ASSIETTE DE COTISATION

L'assiette de cotisation retenue pour servir de base à l'établissement de la cotisation est **au choix de la collectivité**, soit :

- Traitement de Base Indiciaire (TBI) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI),
- Traitement de Base Indiciaire (TBI) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire (RI).

Attention, si la collectivité employant l'agent, a choisi l'assiette de cotisation intégrant le régime indemnitaire, alors l'agent devra choisir la couverture en niveau 2 ou 3.

## LES GARANTIES PRÉVOYANCE

↳ La Collectivité a choisi : **TBI + NBI**

GARANTIES	PRESTATIONS	TAUX DE COTISATION
<b>FORMULE 1 : INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (1)</b>		
Maintien de salaire	95 % du TBI+NBI net à compter du passage à demi-traitement	<b>0.80 %</b>
<b>FORMULE 2 : FORMULE 1 + INVALIDITE PERMANENTE (2)</b>		
Invalidité	Versement d'une rente à hauteur de 95 % du traitement de référence mensuel net	<b>1.45 %</b>
<b>FORMULE 3 : FORMULE 2 + PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE</b>		
Perte de retraite	Versement d'un capital forfaitaire 6 PMSS (3)	<b>1.75 %</b>

(1) Prestations calculées sur le traitement net de référence en fonction de l'assiette de cotisation déterminée et sous déduction des prestations statutaires, Sécurité Sociale, et autres régimes obligatoires.

(2) Prestations calculées sur le traitement net de référence retenu pour le calcul de pension par l'organisme compétent et sous déduction des prestations versées par celui-ci.

(3) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 3311 € au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année).

## LES GARANTIES PRÉVOYANCE

➤ La Collectivité a choisi : **TBI + NBI + RI**

GARANTIES	PRESTATIONS	NIVEAU	TAUX DE COTISATION
<b>FORMULE 1 : INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (1)</b>			
Maintien de salaire	95 % du TBI+NBI net à compter du passage à demi-traitement + 50 % du RI à compter du 31 <sup>ème</sup> jour	<b>Niveau 1</b>	<b>1.12 %</b>
	95 % du TBI+NBI net à compter du passage à demi-traitement + 95 % du RI à compter du 31 <sup>ème</sup> jour	<b>Niveau 2</b>	<b>1.50 %</b>
<b>FORMULE 2 : FORMULE 1 + INVALIDITE PERMANENTE (2)</b>			
Invalidité	Versement d'une rente à hauteur de 95 % du traitement de référence mensuel net	<b>Niveau 1</b>	<b>1.77 %</b>
		<b>Niveau 2</b>	<b>2.35 %</b>
<b>FORMULE 3 : FORMULE 2 + PERTE DE RETRAITE CONSECUTIVE A UNE INVALIDITE</b>			
Perte de retraite	Versement d'un capital forfaitaire 6 PMSS (3)	<b>Niveau 1</b>	<b>2.07 %</b>
		<b>Niveau 2</b>	<b>2.65 %</b>

(1) Prestations calculées sur le traitement net de référence en fonction de l'assiette de cotisation déterminée et sous déduction des prestations statutaires, Sécurité Sociale, et autres régimes obligatoires.

(2) Prestations calculées sur le traitement net de référence retenu pour le calcul de pension par l'organisme compétent et sous déduction des prestations versées par celui-ci.

(3) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 3311 € au 1er janvier 2018 (revalorisé au 1er janvier de chaque année).

## LES GARANTIES PRÉVOYANCE

**OPTION (au choix de l'agent) : DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)**

**Versement d'un capital : 6 PMSS <sup>(3)</sup>**

**+ Allocations Obsèques : 1 PMSS <sup>(3)</sup>**

**TAUX DE COTISATION**

**+ 0,40 %**

<sup>(3)</sup> PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 3311 € au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année).

## COÛT MENSUEL DE LA COTISATION

- La cotisation est prélevée mensuellement sur la fiche de paie de l'agent
- La Collectivité a choisi l'assiette de cotisation : **TBI + NBI**

<b>TRAITEMENT MENSUEL BRUT</b>	<b>FORMULE 1 (Incapacité)</b>
<b>1 500 € BRUT</b>	<b>12 € / mois</b>
<b>TRAITEMENT MENSUEL BRUT</b>	<b>FORMULE 2 (incapacité + invalidité)</b>
<b>1 500 € BRUT</b>	<b>21,75 € / mois</b>
<b>TRAITEMENT MENSUEL BRUT</b>	<b>FORMULE 3 (incapacité + invalidité + perte de retraite)</b>
<b>1 500 € BRUT</b>	<b>26,25 € / mois</b>



## COÛT MENSUEL DE LA COTISATION

- La cotisation est prélevée mensuellement sur la fiche de paie de l'agent
- La Collectivité a choisi l'assiette de cotisation : **TBI + NBI + RI**

<b>TRAITEMENT MENSUEL BRUT</b>	<b>FORMULE 1 (Incapacité) Niveau 1 (RI à 50 %)</b>	<b>FORMULE 1 (Incapacité) Niveau 2 (RI à 95 %)</b>
<b>1 700 € BRUT</b>	<b>19,04 € / mois</b>	<b>25,50 € / mois</b>
<b>TRAITEMENT MENSUEL BRUT</b>	<b>FORMULE 2 (incapacité + invalidité) Niveau 1 (RI à 50 %)</b>	<b>FORMULE 2 (incapacité + invalidité) Niveau 2 (RI à 95 %)</b>
<b>1 700 € BRUT</b>	<b>30,09 € / mois</b>	<b>39,95 € / mois</b>
<b>TRAITEMENT MENSUEL BRUT</b>	<b>FORMULE 3 (incapacité + invalidité + perte de retraite) Niveau 1 (RI à 50 %)</b>	<b>FORMULE 3 (incapacité + invalidité + perte de retraite) Niveau 2 (RI à 95 %)</b>
<b>1 700 € BRUT</b>	<b>35,19 € / mois</b>	<b>45,05 € / mois</b>

# MODALITÉS D'ADHÉSION



## **ADMISSION AU CONTRAT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2019**

### **▣ Les agents doivent :**

- Faire partie des effectifs d'une Collectivité adhérentes au Centre de Gestion des Bouches Du Rhône (13),
- Être en activité normale de service,
- N'être rémunérés ni à l'heure, ni à la journée (vacataires),
- Ne pas être en arrêt de travail.
  - Si je suis en arrêt de travail, et couvert par l'ancien contrat collectif = Je peux adhérer immédiatement à ma reprise d'activité à temps complet.
  - Dans les autres cas = j'adhère après une reprise d'activité à temps complet d'au moins 60 jours continus.



## COMMENT ADHÉRER ?

### Je suis adhérent à un contrat individuel :

➔ Résilier mon contrat individuel par courrier recommandé A/R au minimum 2 mois avant la date de résiliation contractuelle

➔ Remplir le bulletin d'adhésion. Si je remplis les conditions d'adhésion, mon adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> du mois qui suit la demande d'adhésion.

Cette à remplir par l'agent, à envoyer avant le 31 octobre 2013

NOM \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

Société d'assurances.....  
Adresse.....  
Café de retraite.....

Lettre Recommandée A/R. Orléans, le : \_\_\_\_\_

Objet : Résiliation complémentaire santé et / ou prévoyance <sup>(1)</sup>

Monsieur le Directeur,

Suite à la mise en place d'un régime collectif de complémentaire santé et de prévoyance au sein de la Mairie d'Orléans, je vous prie de bien vouloir effectuer la résiliation de mon / mes contrat(s) d'assurance complémentaire santé et / ou prévoyance <sup>(1)</sup> n° \_\_\_\_\_ à effet du 31.12.2013 minuit.

Dans ce cadre, pour la mutuelle, je vous prie de bien vouloir interrompre au 31.12.2013 minuit les télétransmissions entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et votre organisme pour chaque bénéficiaire sous ce contrat : mon conjoint, mes enfants et moi-même.

Je vous serais obligé de bien vouloir m'accuser réception de la présente déclaration.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes salutations distinguées.

Signature \_\_\_\_\_

(1) Merci de ne pas mentionner le cas échéant

**bulletin** BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE FACILITATIF

Contrat GÉNÉRAL Date d'effet: 01/01/2013

RECOMMANDATIONS AVANT D'ÉCRIRE LE DOCUMENT

Le présent Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA) doit être rempli en 3 copies à joindre à votre dossier de cotisation au sein de la Mairie d'Orléans. Une copie du BIA doit être conservée et après l'agent doit être conservée par le cotisant. Ne pas oublier d'apposer la mention "Je et approuvé" en la fin, la date et de signer le BIA.

CADRE RÉSERVÉ À LA COLLECTIVITÉ

N° D'AGT : \_\_\_\_\_ Cadré de la collectivité (copie pré-remplie)  
Région : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Cf : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Té : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

CADRE RÉSERVÉ À L'AGENT

NOUVELLE ADHÉSION au contrat COLLECTIF  MODIFICATION D'ADHÉSION (ajout de bénéficiaires à cotiser)  
 Mademoiselle  Monsieur Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
N° de naissance : \_\_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Adresse (N°) : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_  
Désirez-vous couvrir pédonnellement par un contrat de maintien de santé ?  Oui  Non  
Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale : \_\_\_\_\_  
 Titulaire ou stagiaire de la Fonction Publique Territoriale  
 Titulaire ou stagiaire non affilié à la CNRACL (affilié à la CASNATC)  
 Contractuel de droit public (affilié à la CASNATC)  
 Cadre de droit privé (à préciser l'organisme employeur) : \_\_\_\_\_

ASSISTÉ DE COTISATION REVENUS DE LA COLLECTIVITÉ

Assistede base - Traitement Indiciaire Brut = IM  
 Assistede base - Traitement Indiciaire Brut = IM + 10%  
 Assistede base - Traitement Indiciaire Brut = IM + 10% + 10% Indemnité

ASSISTÉ DE COTISATION REVENUS DE LA COLLECTIVITÉ

Assistede base - Traitement Indiciaire Brut = IM  
 Assistede base - Traitement Indiciaire Brut = IM + 10%  
 Assistede base - Traitement Indiciaire Brut = IM + 10% + 10% Indemnité

FORMULE ACTIVÉE PAR L'AGENT (cotisation mensuelle forfaitaire)

Formule 1 : cotisation temporaire de travail / Indemnité  
Niveau :  1  2  3

Formule 2 : cotisation temporaire de travail / Indemnité  
Niveau :  1  2  3

Formule 3 : cotisation temporaire de travail / Indemnité  
Niveau :  1  2  3

Formule 4 : cotisation temporaire de travail / Indemnité  
Niveau :  1  2  3

Formule 5 : cotisation temporaire de travail / Indemnité  
Niveau :  1  2  3

OPTION REVENUS DE LA COLLECTIVITÉ

Océan / Paris Total et Indemnité de Prévoyance - Allocation Océan / Océan / Indemnité de Prévoyance à la formule d'option

## COMMENT ADHÉRER ?


### Je suis adhérent au contrat collectif antérieur

- Résiliation : je n'ai pas cette démarche à effectuer (le contrat est déjà résilié)
- Remplir le bulletin d'adhésion. Si je remplis les conditions d'adhésion, mon adhésion prend effet le 1er du mois qui suit la demande d'adhésion.

### Je n'ai aucun contrat prévoyance à ce jour

- Remplir le bulletin d'adhésion. Si je remplis les conditions d'adhésion, mon adhésion prend effet le 1er du mois qui suit la demande d'adhésion.



**collecteam** BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE FACULTATIF 

Contrat: GÉNÉRALIS Date d'effet: 01/01/2019

RECOMMANDATIONS AVANT D'ÉCRIRE LE DOCUMENT

Le présent Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA) doit être renseigné en LETTRES CAPITALISÉES à l'aide d'un stylo de couleur noire ou bleue et tous les champs doivent être complétés. Si le formulaire est incomplet il sera retourné à la collectivité. Une copie du BIA dûment complété et signé de l'agent doit être conservée par la collectivité.  
**Ne pas oublier d'apposer la mention « lu et approuvé », la date, le date et de signer le BIA.**

CADRE RÉSERVÉ À LA COLLECTIVITÉ

N° SIRET : \_\_\_\_\_ Cachet de la collectivité (obligatoire)  
Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

CADRE RÉSERVÉ À L'AGENT

NOUVELLE ADHÉSION au contrat COLLECTIF  MODIFICATION D'ADHÉSION (renvoie et renvoie à la collectivité)  
# # \_\_\_\_\_ # # \_\_\_\_\_

Madame  Monsieur Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous couvert précédemment par un contrat de maintien de salaire ?  Oui  Non  
Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale : \_\_\_\_\_  
 Titulaire ou stagiaire (affilié CIRAQ)  
 Titulaire ou stagiaire non affilié à la CNRSAG (affilié IORCANICQ)  
 Contractuel de droit public (affilié à IORCANICQ)  
 Salarié de droit privé, à précarité (assistant familial, agent) :

ASSISTÉ DE COTISATION RETENUE PAR LA COLLECTIVITÉ  Assisté de base : Traitement Indiciaire Brut - IGI

ASSISTÉ DE COTISATION RETENUE PAR L'AGENT (COCHER LA FORMULE CHOISIE)

FORMULE RETENUE PAR L'AGENT (COCHER LA FORMULE CHOISIE)

Formule 1 : Incapacité temporaire de travail / Niveau :  1

Formule 2 : Incapacité temporaire de travail / Invalidité permanente / Niveau :  1

Formule 3 : Incapacité temporaire de travail / Invalidité permanente / Carte de retraite conclusive à une Invalidité permanente / Niveau :  1

Formule 4 : Incapacité temporaire de travail / Niveau :  2  3

Formule 5 : Incapacité temporaire de travail / Invalidité permanente / Niveau :  2  3

Formule 6 : Incapacité temporaire de travail / Invalidité permanente / Carte de retraite conclusive à une Invalidité permanente / Niveau :  2  3

OPTION RETENUE PAR L'AGENT

Décès / Parts Totales et Immatriculé d'Aubronnie - Allocations Orphelines (option à venir à ajouter à la formule choisie)

## COMMENT J'ADHÈRE AU CONTRAT PRÉVOYANCE ?

📁 Dépôt des dossiers :

**Services Ressources  
Humaines  
de votre Collectivité**

📁 Pour toute question :





# LA GESTION DU REGIME

## 7 L'adhésion de la Collectivité

➤ Avant toute adhésion de l'agent, **il est nécessaire que la Collectivité complète la fiche adhésion :**

- Paramétrage des données de la Collectivité, notamment choix de l'assiette de cotisation,
- Connaissance des interlocuteurs de la Collectivité,
- Transmission des éléments de communication correspondant à la Collectivité : résumé des garanties et documents de gestion.

### Une gestion dématérialisée : l'outil **CONNECTeam**

Cet extranet a pour but de simplifier les démarches auprès de COLLECteam et d'assurer un suivi plus rapide et efficace des dossiers de demandes de prestations.

Grâce à **CONNECTeam**, la Collectivité peut :



- Déclarer en ligne ses arrêts
- Joindre des documents
- Visualiser les déclarations en cours ainsi que l'historique des arrêts sur 3 ans
- Télécharger les décomptes complémentaires (format Excel) d'indemnités
- Poser tous types de questions



**COLLECTeam**  
ASSURER LE PRÉSENT, PRÉPARER L'AVENIR



**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION**