**CENTRE DE GESTION de la HAUTE – SAVOIE – CONVENTION DE PARTICIPATION RISQUE PREVOYANCE**

**FICHE INFORMATIONS STATISTIQUES**

***pour les collectivités non adhérentes à un des contrats actuels du CDG74***

A retourner au CDG74 avant le **27 février 2019**

Collectivité : ……………………………………….. Interlocuteur à contacter pour renseignements complémentaires : ………………………………………………………

 Tél. :…………………………………………………… email : ………………………………………………………………

|  |
| --- |
| ***Statistiques portant sur l'ensemble des agents de la collectivité*** |
| **ANNEE** | **Maladie ordinaire** | **Longue maladie / Longue durée / Grave maladie** |  | **Décès** | **Invalidité** |  | ***Effectif total de la collectivité*** |
| ***Plein traitement*** | ***Demi traitement*** ***Disponibilité d'office*** | ***Plein traitement*** | ***Demi traitement******Disponibilité d'office*** |  | ***Nombre d'agents concernés*** |  | ***Agents CNRACL*** | ***Agents IRCANTEC*** | ***Agents droit privé*** |
| **2015** | ***Nombre de jours d'arrêt\**** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2016** | ***Nombre de jours d'arrêt\**** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2017** | ***Nombre de jours d'arrêt\**** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* en trentième et jours calendaires

|  |
| --- |
| **Répartition de l'ensemble des agents de la collectivité** |
| **31/12/17** | ***Moins de 30 ans*** | ***30 ans*** ***à 40 ans*** | ***41 ans*** ***à 50 ans*** | ***51 à 60 ans*** | ***Plus de 60 ans*** | **Total****31/12/2017\*** | **Age moyen** |  | **Catégorie A\*** | **Catégorie B\*** | **Catégorie C\*** | **Agents droit privé** |
| ***Femmes*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Hommes*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* Nota : Le total 31/12/2017 et le total des catégories A/B/C doit être égal au total des agents 2017 du premier tableau.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eléments** | **Masse salariale 2017 de l’ensemble des agents** |  | **Fourchette de participation financière prévisionnelle de la collectivité au financement de la Prévoyance** |
| Traitement indiciaire brut |  |  | Montant de la participation par mois par agent : \_ \_ \_ \_ €OU fourchette de participation par agent et par mois : de \_ \_ \_ \_ € à \_ \_ \_ €*Les informations sur la participation ne sont recueillies qu'à titre indicatif et n’ont pour seule finalité que de répondre aux obligations d'informations fixées par la règlementation* |
| Nouvelle Bonification Indiciaire |  |  |
| Régime indemnitaire assuré \* |  |  |

*\* Régime indemnitaire assuré : il s’agit des éléments du régime indemnitaire susceptibles d’être perdus lors de congés maladie.*

*Fait à ………………………………………., le …………………………*

*Cachet et signature*