

Département Cotisations isolées

TSA 70 004 – 93414 Saint Denis Cedex

Tél.: 01 70 91 39 20



Document à retourner complété :

Par email à : cotisations-isolees@vivinter.fr

Ou

Par courrier à VIVINTER - Département Cotisations Isolées - TSA 70004 - 93414 Saint Denis Cedex

MAINTIEN DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

INVALIDE DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU

(et dont le salaire n'est plus maintenu)

Société : / Etablissement :	
M. \square Mme \square Mlle \square	
Nom Prénom	
Adresse	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Code Postal Ville	
N° de Sécurité Sociale /_///// // // ///	_/ Date de naissance ///
Téléphone /// Mail	
Date d'arrêt de travail initial : /// Date de p	passage en invalidité : ///
Catégorie d'invalide : //	
Les cotisations frais de santé sont fixées en % du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail à hauteur de : • Régime socle obligatoire : 3.04% du salaire tranches ABC • Régime surcomplémentaire facultatif (si le salarié en bénéficie) : 0.13% du salaire tranches ABC	
Salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail :	
A NOTER Frais de santé : le salarié invalide doit continuer à s'acquitter de sa quote-part de cotisation directement auprès de Vivinter (joindre le RIB du salarié). L'employeur, quant à lui, doit maintenir sa contribution patronale.	
Prévoyance : la cotisation (part patronale et salariale) n'est due que sur le salaire total ou partiel maintenu. Dès lors que le salaire n'est plus maintenu, l'employeur et le salarié sont exonérés de cotisations.	
F-:4 }	Cachet de la société
Fait à	
Le	OBLIGATOIRE



Les champs mentionnés par * sont obligatoires.



Mandat de prélèvement SEPA

Cadre réservé à SIACI SAINT HONORE
Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en oeuvre le mandat de prélèvement européen. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

1-Vous, le débiteur :	
NOM* (EN MAJUSCULES)	
Prénom*	
Numéro Sécurité sociale*	
Adresse*(Bât./ Etage/ N°et Nom de rue)	
Code postal* VILLE*(EN MAJUSCULES)	
Pays * N° de téléphone	
E-mail	
2-Vos coordonnées bancaires :	
BIC*	
IDAN*	
IBAN*	
3-Votre type de paiement :	
Paiement récurrent : Annuel ou Paiement ponctuel (usage unique)	
Semestriel	
Trimestriel	
Mensuel	
4- Les informations sur votre créancier :	
SIACI SAINT HONORE Identifiant du créancier (ICS) : FR40ZZZ408436 Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17 – FRANCE	
5- Signature :	
Date* (JJ/MM/AAAA) / Signature*	
Fait à *	