

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

PROPOSITION DE MAINTIEN DES GARANTIES FRAIS DE SANTE ET/OU PREVOYANCE

CONGES PARENTAUX

(La demande doit être faite dans les 30 jours qui suivent la date de départ en congé parental)

Société : **ORANO CYCLE** / **Etablissement :**

M. Mme Mlle

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

N° de Sécurité Sociale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/ /_/_/ / Date de naissance /_/_/_/_/ /

Date de suspension du contrat de travail (départ en congé parental) : /_/_/_/_/ /

Téléphone /_/_/_/_/_/_/_/_/ / Mail _____ @ _____

Je déclare avoir pris connaissance de la proposition de maintien des garanties Frais de Santé et Prévoyance présentée par mon employeur, à l'occasion de mon départ en congé parental.

Je l'ai informé de ma décision : de ne pas y donner suite
 d'y donner suite, je recevrai alors un avis d'échéance de la part de VIVINTER.
Dans ce cas, je choisis le maintien des garanties :

Frais de santé seuls (1) Prévoyance seule (Décès) Frais de santé (1) + prévoyance

(1) concernant le régime frais de santé, je souhaite maintenir ma couverture :

avec la surcomplémentaire (*) sans la surcomplémentaire
() à la condition d'avoir été affilié à la surcomplémentaire avant votre départ en congé parental*

Et j'opte pour un prélèvement (joindre un RIB) : mensuel trimestriel

Salaire des 12 derniers mois précédant le départ en congé parental :€

Les cotisations sont fixées en % du salaire des 12 mois précédant le départ en congé parental à hauteur de :

- ▶ **Frais de santé** : - **régime socle** : 3.04% du salaire TA TB TC (**dont 50% à la charge de l'employeur**)
- **régime surcomplémentaire** : 0.13% du salaire TA TB TC (**100% à la charge de l'assuré**)
- ▶ **Prévoyance** : 1.26% du salaire TA + 0.97% du salaire TB TC (**100% à la charge de l'assuré**)

Fait à le SIGNATURE
(précédée de la mention "Lu et Approuvé")

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*

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
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris cedex 17 – FRANCE

Identifiant du créancier (ICS) : **FR40ZZZ408436**

5- Signature :

Date* (JJ/MM/AAAA) / /

Fait à * _____

Signature*

Les champs mentionnés par * sont obligatoires.