

**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.