

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 ROMPU**

(La demande doit être faite dans les 30 jours qui suivent la rupture du contrat de travail)

Société : / **Etablissement :**

M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>
Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____		
Code Postal	_____	Ville	_____
N° de Sécurité Sociale	/__/_/___/___/___/___/___/___/___/___/	Date de naissance	/__/_/___/___/
Téléphone	/__/_/___/___/___/___/	Mail	_____ @ _____
Date d'arrêt de travail initial	: /__/_/___/___/	Date de passage en invalidité	: /__/_/___/___/
Date de rupture du contrat de travail	: /__/_/___/___/		

La cotisation frais de santé du régime socle est fixée à **3.74%** du PMSS**REGIME SURCOMPLEMENTAIRE**

(à compléter par l'assuré uniquement s'il bénéficiait de ce régime avant la rupture de son contrat de travail)

- Je souhaite :
- Maintenir ce régime (taux de cotisations : **0.16%** du PMSS)
- Ne pas maintenir ce régime

(PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

 J'accepte le maintien Je déclare avoir pris connaissance du maintien et le refuse

Si j'accepte ce maintien de garanties, je pourrais bénéficier du régime des retraités ORANO au moment de la liquidation de mes droits à la retraite. Je devrai alors contacter Vivinter.

Je choisis le mode de paiement suivant :

- Prélèvement (précisez la périodicité souhaitée sur le mandat de prélèvement)
- Chèque : trimestriel, semestriel ou annuel (rayez les mentions inutiles)

**SI VOUS AVEZ CHOISI DE REGLER VOS COTISATIONS PAR PRELEVEMENT
MERCİ DE JOINDRE UN RIB OU RIP ET DE COMPLETER LE MANDAT DE PRELEVEMENT FIGURANT AU VERSO**

Fait à le

SIGNATURE

(précédée de la mention "Lu et Approuvé")

