

**Salariés en suspension de contrat de travail non rémunéré
Adhésion aux garanties de Prévoyance Décès – Incapacité - Invalidité**

Le maintien des garanties Décès – Incapacité – Invalidité est proposé aux salariés en suspension de contrat de travail non rémunéré, notamment les congés suivants :

**Congé parental d'éducation, Congé de présence parentale, Congé sans solde,
Congé sabbatique, Congé pour création d'entreprise, Congé individuel de formation,**

Pendant le mois civil suivant la suspension du contrat de travail, le maintien s'effectue sans versement de cotisation par le salarié et l'employeur. Au terme de cette période, le maintien est proposé en contrepartie du versement des cotisations globales identiques à celles des salariés en activité et dans les mêmes répartitions entre l'entreprise et le salarié que celles prévues pour les salariés actifs, pendant une période de 11 mois. Au-delà de 12 mois, la totalité des cotisations sera à la charge du salarié.

A COMPLETER PAR LE SALARIE

M. Mme Mlle NOM Prénom :
 NOM de jeune fille : Date de naissance :
 N° D'IMMATRICULATION SECURITE SOCIALE : _____ / _____
 N° DE MATRICULE SAFRAN :
 ADRESSE :
 CODE POSTAL : VILLE :
 TELEPHONE : ADRESSE MAIL :

- Je souhaite bénéficier du maintien des garanties Incapacité-Invalidité-Décès**
 Je renonce à bénéficier du maintien des garanties Incapacité-Invalidité-Décès

EN CAS DE MAINTIEN PARTIE A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

Date d'effet du maintien des garanties : ____ / ____ / _____

CALCUL DE LA COTISATION

(maintien gratuit pendant le mois civil suivant la suspension du contrat de travail)

Salaire annuel de référence : _____ €
 Taux de cotisation à la charge de l'assuré : 0,370% TA + 0,557% TB + 0,557% TC
 Montant de la cotisation annuelle à la charge de l'assuré : _____ € / an
 Montant de la cotisation mensuelle à la charge de l'assuré : € / mois
 (majoré réglementairement de la CSG-CRDS sur la part patronale)

Taux de cotisation à la charge de l'entreprise **(pendant 11 mois au maximum, puis à la charge intégrale de l'assuré)** :
 0,862% TA + 1,298% TB + 1,298% TC
 Montant de la cotisation annuelle à la charge de l'entreprise : _____ € / an
 Montant de la cotisation mensuelle à la charge de l'entreprise : € / mois
 (minoré réglementairement de la CSG-CRDS sur la part patronale)

IMPORTANT : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB ou RIP) et le mandat de prélèvement SEPA annexé au document.

A adresser par mail à : gestion-inactifs@vivinter.fr

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / _____

Cachet de l'entreprise

Signature de l'assuré
(précédée de la mention « Lu et Approuvé »)