

Bénéficiaires du Dispositif National de Préretraite Amiante Adhésion aux garanties de Prévoyance Décès

Le maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations globales identiques à celles des salariés en activité et selon les mêmes répartitions entre l'entreprise et le salarié que celles prévues pour les salariés actifs. Toutefois cette garantie cessera à la liquidation de la retraite.

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 :

A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE

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

CALCUL DE LA COTISATION

Salaire annuel de référence : _____ €

Taux de cotisation à la charge de l'assuré : 0,208% TA + 0,208% TB + 0,208% TC

Montant de la cotisation annuelle à la charge de l'assuré : _____ € / an

Montant de la cotisation mensuelle à la charge de l'assuré :
(Majoré réglementairement de la CSG-CRDS sur la part patronale)

€ / mois

Taux de cotisation à la charge de l'entreprise : 0,484% TA + 0,484% TB + 0,484% TC

Montant de la cotisation annuelle à la charge de l'entreprise : _____ € / an

Montant de la cotisation mensuelle à la charge de l'entreprise :
(minoré réglementairement de la CSG-CRDS sur la part patronale)

€ / mois

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 la société

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Groupe DIOT-SIACI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Groupe DIOT-SIACI. 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 œuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exige par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

LE DÉBITEUR

N° de Sécurité sociale* :

Nom* : Prénom* :

Nom de Naissance : Date de Naissance* : / /

Adresse* : N° BIS/TER Nom de Voie

Code Postal Ville

Pays

COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation* :

Cette information est indiquée sur votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) sous le champs « Domiciliation »

Titulaire du compte :

BIC* :

IBAN* :

TYPE DE PAIEMENT

Paiement : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

LE CRÉANCIER

SIACI SAINT HONORE, Groupe DIOT-SIACI
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris CEDEX 17 - FRANCE

Identifiant du créancier : **FR40ZZZ408436**

SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) : / /

Fait à :

Signature* :

*Champs obligatoires