

## Assurance facultative complémentaire – Salariés à temps partiel Adhésion aux garanties de Prévoyance Décès - Incapacité - Invalidité

Le complément d'assurance s'effectue en contrepartie du versement de cotisations calculées avec des taux, identiques à ceux des salariés en activité. La demande d'adhésion doit être formulée par le salarié, dans les 3 mois du passage à temps partiel.

### 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### CALCUL DE LA COTISATION

Salaire à temps partiel : \_\_\_\_\_ € Salaire annuel temps plein reconstitué : \_\_\_\_\_ €

Par différence (entre le salaire temps plein et le salaire partiel) : assiette à retenir pour l'assurance complémentaire : \_\_\_\_\_ €

Dont : Tranche A : \_\_\_\_\_ € Tranche B \_\_\_\_\_ € Tranche C : \_\_\_\_\_ €

Taux de cotisation à la charge de l'assuré : 1,460% TA + 2,198% TB + 2,198% TC

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

Montant de la cotisation trimestrielle à la charge de l'assuré : € / trimestre

**IMPORTANT** : joindre un Relevé d'Identité Bancaire ou Postale (RIB ou RIP) et le mandat de prélèvement SEPA annexé au document

Le présent document est à adresser à votre Service RH

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