

Salariés en suspension de contrat de travail non rémunérée 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 rémunérée, 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 : 0,438% TA + 0,659% TB + 0,659% 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 (pendant 11 mois au maximum, puis à la charge intégrale de l'assuré) :

1,022% TA + 1,539% TB + 1,539% 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 l'entreprise

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