

**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**

**AYANT DROIT D'ASSURE DECEDE**

(La demande doit être faite dans les 30 jours qui suivent le décès de l'assuré)

**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 du décès de l'assuré :	/	/	/

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

**REGIME SURCOMPLEMENTAIRE**

(à compléter par l'ayant droit uniquement si l'assuré bénéficiait de ce régime avant son décès)

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

(PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

**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")

