

**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**

**INVALIDE DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU**

(La demande doit être faite dans les 30 jours qui suivent la rupture du contrat de travail)

**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 d'arrêt de travail initial	/	/	/
Date de passage en invalidité	/	/	/
Date de rupture du contrat de travail	/	/	/

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

**REGIME SURCOMPLEMENTAIRE**

(à compléter par l'assuré uniquement s'il bénéficiait de ce régime avant la rupture de son contrat de travail)

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

(PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

- J'accepte le maintien                       Je déclare avoir pris connaissance du maintien et le refuse

Si j'accepte ce maintien de garanties, je pourrais bénéficier du régime des retraités ORANO au moment de la liquidation de mes droits à la retraite. Je devrai alors contacter Vivinter.

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")

# Mandat de prélèvement SEPA

Cadre réservé à SIACI SAINT HONORE

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE. 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. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

## 1- Vous, le débiteur :

**NOM\*** (EN MAJUSCULES) \_\_\_\_\_

**Prénom\*** \_\_\_\_\_

**Numéro Sécurité sociale\***

**Adresse\***(Bât./ Etage/ N°et Nom de rue) \_\_\_\_\_

**Code postal\***       **VILLE\***(EN MAJUSCULES) \_\_\_\_\_

**Pays \*** \_\_\_\_\_ **N° de téléphone** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

## 2- Vos coordonnées bancaires :

**BIC\***

**IBAN\***

## 3- Votre type de paiement :

Paiement récurrent : Annuel  ou Paiement ponctuel (usage unique)   
Semestriel   
Trimestriel   
Mensuel

## 4- Les informations sur votre créancier :

SIACI SAINT HONORE  
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch  
75815 Paris cedex 17 – FRANCE

Identifiant du créancier (ICS) : **FR40ZZZ408436**

## 5- Signature :

**Date\*** (JJ/MM/AAAA)   /   /

**Fait à \*** \_\_\_\_\_

**Signature\***

Les champs mentionnés par \* sont obligatoires.