

DECLARATION D'INFORMATIONS ET JUSTIFICATIFS

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse mail :

N° d'identification CPAM : 11255

Conformément aux dispositions des articles 1 à 4 de la convention, ouvrent droit à remboursement par l'assurance maladie, dans les conditions précisées par la convention, les transports effectués par les véhicules et conducteurs figurant dans l'état récapitulatif suivant. L'entreprise de taxi conventionnée fournit à la caisse primaire d'assurance maladie les informations ci-dessous, accompagnées de leurs justificatifs.

IMMATRICULATION de chaque véhicule conventionné de l'entreprise	N° D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT	COMMUNE de rattachement de l'ADS	DATE de création ou de délivrance de l'ADS	STATUT de l'exploitant de l'ADS	NOM et PRENOM Date de naissance de chaque conducteur	N° et LIEU d'obtention de la carte professionnelle de chaque conducteur

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal de l'entreprise de taxi) atteste de la véracité des informations indiquées dans le présent état. Je m'engage à informer la caisse d'assurance maladie de tout changement affectant ces informations dans les conditions visées à l'article 4 de la convention locale.

Fait le

Le représentant légal de l'entreprise,

Document à fournir à la CPAM :

. À la signature de la convention

. À chaque changement de véhicule ou conducteur

. Chaque année avant fin janvier