

⚠ Merci de compléter obligatoirement tous les champs y compris votre adresse e-mail

PARTIE RELATIVE A L'ENTREPRISE

Raison Sociale

N° Siret

Statut

 Cadre Non-Cadre

Date d'embauche

Date de sortie des effectifs



PARTIE A COMPLETER PAR L'ASSURE

Civilité Madame MonsieurSexe Féminin MasculinSituation Familiale Célibataire Marié(e) Concubin(e) P.A.C.S Veuf(ve)Nombre d'enfant(s) à charge

Nom d'usage

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité Sociale

 Date de Naissance

Lieu de Naissance

Pays de Naissance

Nationalité

N° rue/voie

 Adresse

Suite

Code Postal

 Commune

Pays de résidence

N° téléphone

 N° portable

Adresse e-mail*

*Votre adresse e-mail est obligatoire pour l'utilisation de votre espace assuré sur www.cofacility.fr.

Je refuse la dématérialisation des échanges contractuels
(Je recevrai mes décomptes de remboursements tous les 3 mois)

Je refuse la mise en place de la télétransmission automatique des décomptes «NOÉMIE»
(Je devrai transmettre mes décomptes de sécurité sociale pour bénéficier des remboursements)

CHOIX DE MON OPTION INDIVIDUELLE

Je souhaite souscrire à l'option suivante à compter du :

 0 1

(L'option sera prise en compte dès le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande, dans un délai maximal de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail.)

Je coche au minimum l'option déjà en place lors de mon contrat collectif.

OPTION A

OPTION B

OPTION C

OPTION D

Mandat de prélèvement SEPA: très important, merci de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA et de nous le retourner accompagné d'un relevé d'identité bancaire d'un compte courant ou d'un compte joint ainsi que la copie de votre pièce d'identité recto-verso en cours de validité.

Régime frais de santé dans le cadre d'un régime collectif assuré par **MALAKOFF HUMANIS**

REGLEMENTATION

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance (Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée), les données personnelles que COLONNA FACILITY (ci-après « CF ») collecte sont obligatoires et nécessaires à l'exécution de votre contrat. A défaut de fourniture de ces données, CF sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes. Les données personnelles que nous collectons permettent la gestion des Prestations Santé, des Sinistres Prévoyance, des recours et contentieux, des réclamations, des demandes d'exercice de vos droits, l'élaboration de statistiques actuarielles. Vos données personnelles sont utilisées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans le cadre des traitements de CF, vos données, y compris les données dites de santé, peuvent être communiquées aux Assureurs, Réassureurs, Organismes Professionnels et sous-traitants habilités, aux sociétés de son groupe et à l'établissement des liaisons informatisées avec votre régime obligatoire d'assurance maladie. Les données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux ou de respect d'une obligation réglementaire. Pour exercer vos droits liés aux traitements de vos données personnelles, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) par courrier électronique : dpo@colonngroup.fr ou par courrier postal : COLONNA FACILITY - Délégué à la Protection des Données - 41207 ROMORANTIN Cedex. Vous pouvez aussi formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>.

POUR FINALISER VOTRE DOSSIER, TOURNEZ LA PAGE SVP 

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Le relevé d'identité bancaire de votre compte ou celui d'un compte joint.
 - La copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité.
 - La copie de votre attestation de sécurité sociale de moins de 3 mois.
 - La copie de l'attestation de sécurité sociale de vos ayants droit de moins de 3 mois.
 - Pour les enfants, selon leur qualité : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, copie de l'attestation de sécurité sociale.
 - Pour votre conjoint, concubin, partenaire P.A.C.S, selon votre situation familiale : copie du livret de famille, copie de l'attestation sur l'honneur de vie commune, copie de l'attestation du P.A.C.S ainsi que la copie de la pièce d'identité.

COMPOSITION FAMILIALE

(à compléter uniquement si vous avez choisi d'affilier vos ayants-droit)

(1) Si je renonce, je dois transmettre mes décomptes originaux pour bénéficier des remboursements.

PORTAII INTERNET COI ONNA FACII ITY



Simple et Rapide !

Profitez de tous les services & avantages en ligne

- Votre carte de tiers payant,
 - Vos remboursements santé,
 - Un service de prise en charge 7/7 en cas d'hospitalisation,
 - La géolocalisation des professionnels de santé et partenaires.

L'APPLICATION MOBILE COLONNA FACILITY :



Fait à

Le **2** **0**

SIGNATURE DE L'ASSURE

Votre dossier complet et muni des pièces justificatives doit être adressé par e-mail ou par courrier à :

E-mail: sante@cofacility.fr Téléphone: 02 54 88 38 14

COLONNA FACILITY- 41207 ROMORANTIN CEDEX

Accueil du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h00 (sans interruption)

TARIFS 2020
COMPASS
CONGE PARENTAL D'EDUCATION
CADRE - REGIME LOCAL

	OPTION A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
SALARIE	66.22 €	75.34 €	90.02 €	95.96 €
2 BENEFICIAIRES	87.76 €	107.32 €	135.46 €	144.58 €
FAMILLE	93.35 €	115.38 €	147.09 €	155.33 €

Attention : il convient de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA et de nous le retourner accompagné d'un relevé d'identité bancaire d'un compte courant ou d'un compte joint ainsi que la copie de votre pièce d'identité en cours de validité.

COLONNA FACILITY

E-mail : sante@cofacility.fr - Téléphone : 02 54 88 38 14

COLONNA FACILITY - 41207 ROMORANTIN CEDEX

