

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

PARTIE RELATIVE A L'ENTREPRISE

[illegible]

PARTIE A COMPLETER PAR L'ASSURE

Civilité	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin		
Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Concubin(e)	<input type="checkbox"/> P.A.C.S	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Nombre d'enfant(s) à charge	<input type="text"/>
Nom d'usage	<input type="text"/>						
Nom de Naissance	<input type="text"/>						
Prénom	<input type="text"/>						
N° Sécurité Sociale	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Date de Naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de Naissance	<input type="text"/>						
Pays de Naissance	<input type="text"/>						
Nationalité	<input type="text"/>						
N° rue/voie	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>				
Suite	<input type="text"/>						
Code Postal	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>				
Pays de résidence	<input type="text"/>						
N° téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N° portable	<input type="text"/>
Adresse e-mail*	<input type="text"/>						

*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 : (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@colonnagroup.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, TOURNÉZ 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)

Lien de parenté	Nom	Prénom	Télétransmission NOEMIE ⁽¹⁾
Conjoint, Concubin, P.A.C.S	<div></div>	<div></div>	<div><input type="checkbox"/> OUI</div> <div><input type="checkbox"/> NON</div>
	Date de Naissance <div></div> Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	N° Sécurité Sociale <div></div>		
1 ^{er} Enfant	<div></div>	<div></div>	<div><input type="checkbox"/> OUI</div> <div><input type="checkbox"/> NON</div>
	Date de Naissance <div></div> Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	N° Sécurité Sociale <div></div> Rang de naissance <div></div>		
2 ^{ème} Enfant	<div></div>	<div></div>	<div><input type="checkbox"/> OUI</div> <div><input type="checkbox"/> NON</div>
	Date de Naissance <div></div> Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	N° Sécurité Sociale <div></div> Rang de naissance <div></div>		
3 ^{ème} Enfant	<div></div>	<div></div>	<div><input type="checkbox"/> OUI</div> <div><input type="checkbox"/> NON</div>
	Date de Naissance <div></div> Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	N° Sécurité Sociale <div></div> Rang de naissance <div></div>		
4 ^{ème} Enfant	<div></div>	<div></div>	<div><input type="checkbox"/> OUI</div> <div><input type="checkbox"/> NON</div>
	Date de Naissance <div></div> Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	N° Sécurité Sociale <div></div> Rang de naissance <div></div>		
5 ^{ème} Enfant	<div></div>	<div></div>	<div><input type="checkbox"/> OUI</div> <div><input type="checkbox"/> NON</div>
	Date de Naissance <div></div> Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	N° Sécurité Sociale <div></div> Rang de naissance <div></div>		

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

PORTAIL INTERNET COLONNA FACILITY : 

L'APPLICATION MOBILE COLONNA FACILITY : 

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.

Fait à _____ Le 20

SIGNATURE DE L'ASSURE

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

Mandat de Prélèvement SEPA

Zone réservée à COLONNA BROKER

MANDAT

Référence unique du mandat								
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COLONNA BROKER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COLONNA BROKER.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

CREANCIER

Nom du créancier	COLONNA BROKER (Ex-CGAM)
Nom du créancier	

Adresse	<table><tr><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>7</td></tr></table>	4	1	2	0	7	ROMORANTIN CEDEX
4	1	2	0	7			
	Code Postal	Ville					
	France						
	Pays						

Identifiant Créancier
SEPA

F	R	5	2	Z	Z	Z	6	4	2	6	6	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ICS

A compléter par l'adhérent

PAYEUR[illegible]

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Pays

Ville

Les coordonnées de votre compte

Número d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Signé à _____ Le _____
 Lieu Date : JJ/MM/AAAA

Signature _____ veuillez signer ici

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.