

# ANNEXE 1

## DÉCLARATION D'INFORMATIONS ET JUSTIFICATIFS A RETOURNER A LA CPAM (une fois par an)

Merci de retourner ce document à l'adresse email suivante : ps.cpam-haute-garonne@assurance-maladie.fr

NOM DE LA SOCIETE : .....N°IDENTIFIANT PROFESSIONNEL : .....

Conformément aux dispositions des **articles 1 à 4**, ouvrent droit à remboursement par l'assurance maladie, dans les conditions précisées par la présente 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 figurant dans le tableau suivant, accompagnées de **leurs justificatifs**, comme il est précisé à l'article 3.

| IMMATRICULATION<br>de chaque véhicule de<br>l'entreprise conventionnée. | N°AUTORISATION<br>De Stationnement<br>(ADS) | DATE de création<br>et/ou de délivrance<br>de l'ADS | COMMUNE<br>de rattachement<br>de l'ADS | STATUT<br>de l'exploitant de<br>l'ADS | NOM ET PRÉNOM<br>Date de naissance<br>de chaque conducteur | NUMÉRO et département<br>d'obtention de la carte<br>professionnelle<br>de chaque conducteur |
|---|---|---|--|---------------------------------------|--|---|
|   |   |   |  |                                       |  |   |
|   |   |   |  |                                       |  |   |
|   |   |   |  |                                       |  |   |
|   |   |   |  |                                       |  |   |
|   |   |   |  |                                       |  |   |

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal de l'entreprise de taxi) .....atteste de la véracité des informations indiquées dans la présente annexe. 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 à .....,  
Le .....

Le représentant légal de l'entreprise,

La Directrice de la CPAM de la Haute-Garonne,

Isabelle COMTE