

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 de chaque véhicule de l'entreprise conventionnée.	N°AUTORISATION De Stationnement (ADS)	DATE de création et/ou de délivrance de l'ADS	COMMUNE de rattachement de l'ADS	STATUT de l'exploitant de l'ADS	NOM ET PRÉNOM Date de naissance de chaque conducteur	NUMÉRO et département 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 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