

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE

Raison Sociale

N° Siret

Statut ☒ Cadre ☐ Non-Cadre Contrat de travail ☐ CDI ☐ CDD/Saisonnier

Date d'embauche Date d'effet du contrat frais de santé*
(*Uniquement si différente de la date d'embauche)

Date de fin de contrat*
(*Si CDD ou contrat saisonnier)



PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

Civilité ☐ Madame ☐ Monsieur Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

Situation 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 **indispensable** pour l'utilisation de votre espace assuré 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)

SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE (EN COMPLÉMENT DE MON CONTRAT COLLECTIF)

Je souhaite l'option et/ou ajouter mes ayants droit dès le : 0 1

L'option sera prise en compte dès le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

☐ **FACULTATIF**

☐ **FACULTATIF NON RESPONSABLE**

Mandat de prélèvement SEPA : très important, merci de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA si vous avez souscrit une option facultative et/ou ajouté des ayants-droit et 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 **GAN**

Votre espace assuré facilite votre quotidien en vous offrant de nombreux avantages et services :



Consultez vos remboursements



Améliorez vos garanties



Transmettez vos justificatifs en photo



Géocalisez les professionnels de santé partenaires



Accédez à la téléconsultation



Téléchargez votre carte de Tiers Payant

Rendez-vous sur votre espace assuré depuis **votre application mobile** Colonna Facility ou **sur le web** cofacility.fr

POUR FINALISER VOTRE DOSSIER, TOURNEZ LA PAGE SVP

PIÈCES À 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, droit de 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.

COMPOSITION FAMILIALE

(À compléter uniquement si vous avez choisi d'affilier vos ayants-droit, sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire)

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 <div><input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</div>		
	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 <div><input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</div>		
	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 <div><input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</div>		
	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 <div><input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</div>		
	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 <div><input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</div>		
	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 <div><input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</div>		
	N° Sécurité Sociale <div></div> Rang de naissance <div></div>		

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

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance (Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016), 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, la lutte contre la fraude, pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude (le traitement est alors fondé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement dans le respect des droits et intérêts de l'assuré), la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme (le traitement est fondé sur le respect d'une obligation légale incombant au responsable de traitement). 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. En dehors des cas énoncés ci-dessus, CF s'engage à ne pas vendre, louer, céder ou donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement en adressant votre demande au Délégué à la protection des données (DPO) 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 <https://www.cnil.fr>

Fait à _____ Le 2 0

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

CACHET DE L'ENTREPRISE

Nous vous invitons à nous faire parvenir votre dossier complet, accompagné des pièces justificatives, par e-mail ou par courrier :

 sante@cofacility.fr

 COLONNA FACILITY - 41207 ROMORANTIN CEDEX