

Simple et rapide pensez à l’affiliation par le web : www.cofacility.fr

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

PARTIE A COMPLETER 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 A COMPLETER PAR L’ASSURE

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 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)

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, 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

A compléter uniquement si le contrat d'entreprise est le régime famille

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

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

PORTAIL INTERNET COLONNA FACILITY :



Simple et Rapide !
Profitez de tous les services & avantages en ligne

L'APPLICATION MOBILE COLONNA FACILITY:



- 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.

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DANS LE CADRE D'UN RÉGIME COLLECTIF ASSURÉ PAR :

KLESIA
Klésia prévoyance
4 rue Georges Picquart, 75017 Paris

malakoff humanis
Malakoff Humanis Prévoyance
21 rue Laffite 75009 Paris

AUDIENS
Audiens Prévoyance
74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves

CACHET DE L'ENTREPRISE

Fait à _____ Le 20

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 12

COLONNA FACILITY- 41207 ROMORANTIN CEDEX

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