

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.

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	<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"/>		
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"/> Rang de naissance <input type="text"/> <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"/> Rang de naissance <input type="text"/> <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"/> Rang de naissance <input type="text"/> <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"/> Rang de naissance <input type="text"/> <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° 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"/> Rang de naissance <input type="text"/> <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.

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 14

COLONNA FACILITY- 41207 ROMORANTIN CEDEX

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

TARIFS 2020

COMPASS GROUP - LOI EVIN

REGIME GENERAL - CADRE

		BASE	OPTION A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
1 ^{ère} année			79,19 €	88,79 €	103,18 €	109,35 €
2 ^{ème} année			99,07 €	110,72 €	128,89 €	136,43 €
3 ^{ème} année	Par adulte de moins de 55 ans	56,56 €	99,07 €	110,72 €	128,89 €	136,43 €
	Par adulte de 70 ans ou moins	70,27 €	113,47 €	128,55 €	151,52 €	161,46 €
	Par adulte de 80 ans ou moins	87,41 €	142,60 €	160,77 €	189,57 €	200,88 €
	Par adulte de plus de 80 ans	113,47 €	185,45 €	208,42 €	247,16 €	261,90 €
	Par enfant (Gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	30,51 €	55,53 €	56,90 €	66,50 €	71,30 €

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

Zone réservée à COLONNA FACILITY

MANDAT

Référence unique du mandat

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

Nom du créancier

Adresse

4 1 2 0 7

Code Postal

ROMORANTIN CEDEX

Ville

France

Pays

Identifiant Créancier SEPA

F R 3 7 Z Z Z 5 8 1 2 4 7

I C S

A compléter par l'adhérent

PAYEUR

Votre nom / prénom

Nom / Prénom du débiteur

N° Sécurité Sociale (obligatoire)

N° adhérent (si connu)

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Les coordonnées de votre compte

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

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

Signé à

Lieu

Le

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), ainsi que de la copie de votre pièce d'identité. Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.