

## **ANNEXE 1 - DECLARATION D'INFORMATIONS ET JUSTIFICATIFS**

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 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<br>de l'entreprise<br>conventionnée | N° AUTORISATION<br>de stationnement | DATE<br>de création et /ou de<br>délivrance de l'ADS | COMMUNE<br>de rattachement<br>de l'ADS | STATUT<br>de l'exploitant de<br>l'ADS | NOM et<br>PRENOM<br>Date de<br>naissance de<br>chaque<br>conducteur | Numéro et<br>département<br>d'obtention de la<br>carte 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,