

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

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

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

PORTAIL INTERNET COLONNA FACILITY :



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

- 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.



L'APPLICATION MOBILE COLONNA FACILITY :

SIGNATURE DE L'ASSURE

Fait à _____ Le _____ 20____

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 76 91 01

COLONNA FACILITY - 41207 ROMORANTIN CEDEX

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