**Annexe 1 : Déclaration d’informations et justificatifs**

Conformément aux dispositions des articles 1er 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.

Chaque année, 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, accompagnées de la copie du carnet métrologique justifiant la pose des équipements spéciaux taxi, et du relevé des visites périodiques des véhicules déclarés.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Immatriculation de chaque véhicule de l’entreprise conventionnée** | **N° ADS** | **Date de création et/ou de délivrance de l’ADS** | **Commune de rattachement de l’ADS** | **Statut de l’exploitant de l’ADS** | **Nom, prénom et date de naissance de chaque conducteur** | **Statut du salarié****CDD/CDI****(Si CDD : date de fin)** | **N° et département d’obtention de la carte professionnelle de chaque conducteur** | **TPMR** |
| **Cocher la case si le véhicule est équipé** | **Cocher la case si le véhicule n’est plus équipé (ancien TPMR)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Le représentant légal de l’entreprise atteste de la véracité des informations indiquées dans la présente annexe s’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,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numéro identifiant de l’entreprise** | **Cachet de l’entreprise** | **Signature du représentant de l’entreprise** |
|  |  |  |