



CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

4 BD DORET - CS 53001 97441 SAINT DENIS CEDEX 9



FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION LOCALE 2024 QUI LIE LES ENTREPRISES DE TAXIS A LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

Représentant de l'entreprise de taxi (Forme juridique et dénomination) :

.....

Identifiant SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse du siège social :

Numéro de téléphone professionnel :

Adresse Mail :

Exerçant l'activité de taxi en tant que :

☐ Propriétaire

☐ Locataire-Gérant

Certifie :

- avoir pris connaissance de la convention locale 2024 liant les entreprises de taxis et la CGSS de la réunion dans son intégralité, et de ses annexes, ainsi que du protocole d'accord local,
- en respecter tous les termes et gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles en vigueur, dans les conditions d'exercice fixées par ladite convention ainsi que par toutes ses annexes,
- à signaler à la CGSS de La Réunion toutes modifications intervenant dans ma situation professionnelle ou dans les conditions d'exercice de ma profession,
- avoir pris connaissance qu'en cas de non-respect de ladite convention, le conventionnement de mon entreprise n'aurait plus de justification et pourrait légitimement être remis en cause par la CGSS de La Réunion, qui mettrait alors en application les dispositions conventionnelles prévues en son article 12.

Aussi, je m'engage à n'utiliser aucun moyen de publicité faisant référence au caractère remboursable de la course qui pourrait inciter le patient à recourir à un taxi (Article 10).

Fait à Le.....

Le représentant de l'entreprise (signature et cachet)

Annexe 1

Déclaration d'informations et justificatifs

Conformément aux dispositions des articles 1^{er} 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 de chaque véhicule de l'entreprise conventionnée	No AUTORISATION de stationnement	DATE de création et/ou de délivrance de l'ADS	COMMUNE de rattachement de l'ADS	STATUT de l'exploitant de l'ADS	NOM ET PRÉNOM Date de naissance de chaque conducteur	NUMÉRO et département d'obtention de la carte professionnelle 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,