



## → Situation de l'entreprise

► Origine de l'adhésion :  Création de l'entreprise  Embauche d'un salarié  Changement d'activité\*  Fusion, absorption  Location gérance

\* En cas de changement d'activité, précisez votre activité principale : .....

Date d'entrée dans le BTP

► En cas de succession ou de fusion avec une autre entreprise, précisez sa raison sociale : .....

Son n° de Siret

La nature de l'opération : ..... La date de l'opération   
(changement de forme juridique, fusion, location-gérance, achat de fonds de commerce, achat de clientèle, transmission universelle de patrimoine, etc.)

Cette entreprise employait-elle des :  Ouvriers  Etam  Cadres

► L'entreprise est-elle un établissement secondaire ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le n° de Siret du siège

► L'entreprise fait-elle partie d'un groupe ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de la maison mère : .....

Les cotisations sont-elles payées par un autre établissement ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le n° de Siret de l'établissement payeur

## → Renseignements concernant le personnel

L'entreprise emploie-t-elle du personnel ?  Oui  Non Si oui, complétez les rubriques suivantes :

	Nombre (effectifs)	dont « contrats à durée déterminée »	Date de 1 <sup>re</sup> embauche dans la catégorie
Ouvriers	.....	.....	.....
Apprentis ouvriers	.....	.....	.....
Etam	.....	.....	.....
Apprentis Etam	.....	.....	.....
Cadres <sup>(1)</sup>	.....	.....	.....
<b>Total</b>	.....	.....	.....

(1) Y compris le dirigeant, s'il est salarié.

Le personnel relève-t-il du régime général de Sécurité sociale ?  Oui  Non

## → Appel forfaitaire des cotisations (avec prélèvement mensuel)

(modalité réservée aux entreprises de moins de 6 salariés)

**N.B.** Si vous êtes créateur d'entreprise, le montant de vos prélèvements mensuels sera calculé sur la base de cotisations estimées à partir de vos déclarations en rubrique « Renseignements concernant le personnel ».

**Oui**, je souhaite m'inscrire au prélèvement mensuel des cotisations.

Date d'effet

Indiquez le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante ou, si vous êtes créateur, la date de création de l'entreprise.

Fait à ....., le

Signature du dirigeant

Cachet de l'entreprise :

**Important :** complétez et signez l'autorisation de prélèvement ci-contre et joignez un relevé d'identité de votre compte bancaire.

IMP  
ENT





## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte, je réglerai le différend directement avec le créancier.

### NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

M.  Mme  Mlle

Nom .....

Prénom .....

N° ..... Rue .....

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....

### COMPTE À DÉBITER

Code établissement

Code guichet

N° de compte

Clé RIB

Date : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Signature :

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

115 827

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

PRO BTP

06808 CAGNES SUR MER CEDEX

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

**IMPORTANT**

**JOIGNEZ À CETTE AUTORISATION  
DE PRÉLÈVEMENT  
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ  
DE VOTRE COMPTE BANCAIRE.**

NE RIEN INSCRIRE ICI



# // LA PRÉVOYANCE DU BTP

## → Garantie Arrêts de travail (indemnisation des arrêts de moins de 91 jours)

Convention collective de l'entreprise :  Bâtiment  Travaux publics  Autre

Si vous êtes déjà titulaire d'un contrat auprès de l'une des mutuelles du BTP, précisez laquelle :

SMABTP  CAM btp  L'AUXILIAIRE

Collège concerné :  Ouvriers  Etam  Cadres

votre numéro de sociétaire : .....

Choisissez votre option en cochant la case concernée, catégorie par catégorie.

	Option 1	Option 2 conventionnel ouvriers	Option 3	Option 4	Option 5 conventionnel Etam cadres	Date d'effet souhaitée*
Ouvriers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Etam	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
Cadres	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____

\* Au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion.

Précisez le nombre d'ouvriers :  Moins de 11  De 11 à 20  Plus de 20 (application du règlement de prévention.)

### PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

- Ouvriers des entreprises sous convention **TP** } → Paiement à l'entreprise  
→ Etam et cadres du BTP }  
→ Ouvriers des entreprises sous convention **bâtiment** → Choisissez :  Paiement à l'entreprise  
 Paiement direct au salarié

Je soussigné (nom et prénom) : .....,  
représentant légal de l'entreprise,

- déclare adhérer à la garantie **Arrêts de travail**, conformément aux dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur :  
 pour l'ensemble des ouvriers,  
 pour l'ensemble des employés, techniciens et agents de maîtrise,  
 pour l'ensemble des ingénieurs, assimilés et cadres,  
 certifie avoir pris connaissance de la notice d'information.

Fait à ....., le \_\_\_\_\_

Signature du dirigeant :

Cachet de l'entreprise :

■ Pour les entreprises de moins de 11 ouvriers, la garantie *Arrêts de travail* est assurée par BTP-PRÉVOYANCE.  
■ Pour les entreprises de plus de 10 ouvriers, pour les Etam et les cadres, la garantie *Arrêts de travail* est assurée, selon la zone géographique, par : la SMABTP - 114, avenue Émile-Zola - 75739 PARIS CEDEX 15 ou la CAM btp - 5, rue Jacques-Kablé - 67000 STRASBOURG ou L'AUXILIAIRE - 50, cours Franklin-Roosevelt - 69413 LYON CEDEX 06.

PRO BTP rassemble les moyens des caisses de retraite et de prévoyance du BTP  
BTP-PRÉVOYANCE Institution de prévoyance du bâtiment et des travaux publics, régie par le code de la Sécurité sociale  
SMABTP Société mutuelle d'assurance du bâtiment et des travaux publics à cotisations variables, régie par le code des assurances.

IMP  
ENT



# // LA SANTÉ DU BTP

## → BTP Santé Entreprise

Choisissez les garanties et les options, pour chaque catégorie de personnel, en cochant les cases concernées.

CATÉGORIES	OPTIONS DE REMBOURSEMENT							
Ouvrier	Soins - Hospitalisation	<input type="checkbox"/> S1+	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S3+	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6
	Prothèses - Optique	<input type="checkbox"/> P1+	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> P3+	<input type="checkbox"/> P4	<input type="checkbox"/> P5	<input type="checkbox"/> P6
Etam	Soins - Hospitalisation	<input type="checkbox"/> S1+	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S3+	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6
	Prothèses - Optique	<input type="checkbox"/> P1+	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> P3+	<input type="checkbox"/> P4	<input type="checkbox"/> P5	<input type="checkbox"/> P6
Cadre	Soins - Hospitalisation	<input type="checkbox"/> S1+	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S3+	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6
	Prothèses - Optique	<input type="checkbox"/> P1+	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> P3+	<input type="checkbox"/> P4	<input type="checkbox"/> P5	<input type="checkbox"/> P6

Pour chaque catégorie, la souscription de garantie Soins-hospitalisation (S1+ à S6) doit s'accompagner de la souscription d'une garantie Prothèses-optique (P1+ à P6).

CATÉGORIES	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES	
	GARANTIE ASSISTANCE	CHIRURGIE* MATERNITÉ
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	Ne concerne pas les ouvriers
Etam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle
Cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Base conventionnelle

\* Uniquement pour la gamme famille.

	Adhésion Etam et cadres (choix obligatoire)	
	ETAM	CADRES
	Gamme famille	<input type="checkbox"/>
Gamme conjoint distinct **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cotisation en pourcentage de la tranche A		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*\* L'exonération sur la part patronale de cotisation liée au conjoint n'est possible que si l'adhésion de la totalité des conjoints est obligatoire.

	Modalités d'adhésion		
	OUVRIER	ETAM	CADRES
Obligatoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <sup>(1)</sup>
Mise en place par...	<input type="checkbox"/> Décision unilatérale de l'employeur <input type="checkbox"/> Accord collectif <input type="checkbox"/> Référendum	<input type="checkbox"/> Décision unilatérale de l'employeur <input type="checkbox"/> Accord collectif <input type="checkbox"/> Référendum	<input type="checkbox"/> Décision unilatérale de l'employeur <input type="checkbox"/> Accord collectif <input type="checkbox"/> Référendum
Salariés dispensés <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Dans le cadre d'une adhésion facultative, votre taux de cotisation sera majoré de 20 %. Les contrats facultatifs ne donnent pas droit aux exonérations fiscales et sociales.  
 (2) Salariés dispensés de l'affiliation au contrat par la réglementation (circulaire DSS du 30 janvier), sans que cela remette en cause le caractère obligatoire de l'adhésion.

Joignez au bulletin d'adhésion la liste des bénéficiaires et des non bénéficiaires en précisant leur nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, catégorie et motif de la dispense pour les non bénéficiaires. Pour connaître le détail des dispenses autorisées et l'ensemble des dispositions réglementaires, consultez le site [www.probtp.com](http://www.probtp.com), rubrique « Conformité des contrats prévoyance et santé ».

### Date d'effet de l'adhésion : 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion.

Pour une adhésion ultérieure, précisez la date d'effet : | 0 | 1 | | | | | | | | | |

Nom de l'interlocuteur de PRO BTP pour le contrat Santé : .....

Je soussigné (nom et prénom) : .....

représentant légal de l'entreprise, déclare :

- adhérer aux garanties mentionnées ci-dessus, auprès de BTP-PRÉVOYANCE, conformément aux dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur ;

- avoir pris connaissance des conditions d'application des règlements correspondants aux garanties choisies disponibles sur [www.probtp.com](http://www.probtp.com) et m'engage à informer mes salariés des conditions de mise en œuvre de ce contrat.

Fait à ....., le | | | | | | | | | |

Signature du dirigeant :

Cachet de l'entreprise :



# // LA RETRAITE DU BTP

- Ouvriers et Etam :  
BTP-RETRAITE (caisse Arrco) est la caisse de retraite complémentaire de vos salariés ouvriers et Etam.
- Cadres (y compris le chef d'entreprise) :  
BTP-RETRAITE (caisse Arrco) et la CNRBTPIG (caisse Agirc) sont les caisses de retraite de vos salariés cadres.

## // LA FORMATION

### → La formation professionnelle continue

#### → Adhésion pour les entreprises sans salarié et de 1 à 9 salariés

##### ▶ Adhésion au FAF-SAB (obligatoire)

Fonds d'assurance formation des salariés de l'artisanat du bâtiment et des travaux publics.

FAF-SAB – 8 Rue du Regard – 75280 PARIS CEDEX 06

#### → Adhésion pour les entreprises de 1 à 10 salariés

##### ▶ Adhésion à l'APNAB (obligatoire pour les entreprises du bâtiment)

Association paritaire nationale pour le développement de la négociation collective dans l'artisanat du bâtiment.

APNAB – 2 bis rue Béranger 75003 PARIS

#### → Adhésion pour les entreprises de 10 salariés et plus

##### ▶ Adhésion à l'OPCA Bâtiment (obligatoire pour les entreprises du bâtiment)

Organisme paritaire collecteur agréé pour la formation des salariés des entreprises du bâtiment.

OPCA Bâtiment – 6-14 Rue La Pérouse – 75116 PARIS

##### ▶ Adhésion à l'OPCA Travaux Publics (obligatoire pour les entreprises de travaux publics)

Organisme paritaire collecteur agréé pour la formation des salariés des entreprises de travaux publics.

OPCA-TP – 10 Rue de Washington – 75008 PARIS.

##### ▶ Le GFC-BTP intervient auprès des entreprises pour le compte des OPCA Bâtiment et Travaux Publics.

Je soussigné (nom et prénom) : .....

Représentant légal de l'entreprise, déclare avoir pris connaissance de mon obligation de cotiser aux organismes suivants :

FAF-SAB

APNAB

OPCA Bâtiment :

Option A

Option B

(indiquer votre choix)

OPCA-TP :

Option A

Option B

(indiquer votre choix)

**Option A** : l'entreprise verse la totalité du montant de sa cotisation. Le GFC-BTP la rembourse si recevable, sur justificatifs, et dans les limites de son crédit disponible, des dépenses de formation qu'elle a effectuées.

**Option B** : l'entreprise déduit ses dépenses de formation et les excédents des dépenses reportables du montant de sa cotisation et règle le reliquat éventuel.

### → La formation initiale et l'apprentissage

Assujettissement pour l'ensemble des salariés à la cotisation CCCA-BTP (obligatoire).

Comité de Concertation et de Coordination de l'apprentissage du bâtiment et des travaux publics.

CCCA-BTP – 19 Rue du Père-Corentin – 75780 PARIS CEDEX 14 [www.ccca-btp.fr](http://www.ccca-btp.fr)

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | | | | | | | | |

Fait à ....., le | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature du dirigeant :

Cachet de l'entreprise :

IMP  
ENT



[www.probtp.com](http://www.probtp.com)