

RÉGIME EXPATRIÉS

Réservé à PRO BTP

.....

.....

Date de la demande d'adhésion : | | | | | | | | | |

Document à compléter et à renvoyer à PRO BTP - Direction des Grandes Entreprises - 7, square Félix Nadar - 94307 VINCENNES CEDEX

Identification de l'entreprise ou de l'établissement

Raison sociale de l'entreprise :

Sigle :

N° de Siret (si applicable) à indiquer impérativement en haut de page

Adresse :

Code postal | | | | | |

Ville :

Pays :

Tél. | | | | | | | | | |

Port. | | | | | | | | | |

Fax | | | | | | | | | |

E-mail : @

Date de création | | | | | | | |

Forme juridique :

Nature de l'activité : Bâtiment Travaux publics

Autre :

Code NACE (nomenclature APE-NAF si applicable) | | | | ● | | | |

Dirigeant. Nom : Prénom :

Qualité (PDG, gérant, artisan...) : Régime du dirigeant : Salarié Travailleur non salarié

Nom du correspondant administratif :

Tél. | | | | | | | | | |

Fax | | | | | | | | | |

E-mail : @

Joindre les actes de création de l'entreprise.

IMP
ENT



Situation de l'entreprise

Origine de l'adhésion : Création de l'entreprise Embauche d'un salarié

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

| | Détachés | Expatriés | Mission à l'étranger |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Effectif | | | |
| Non cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Effectif | | | |

Le personnel relève en totalité du régime général CPAM/CFE : Oui Non

Si oui, veuillez indiquer pour quels risques :

Maladie/Maternité/Invalidité Indemnités Journalières Accidents du travail

Le personnel relève selon les cas individuels du régime général CPAM/CFE : Oui Non

Si oui, veuillez indiquer pour quels risques :

Maladie/Maternité/Invalidité Indemnités Journalières Accidents du travail

LA SANTÉ DU BTP

Garantie Frais médicaux

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

| | Expatriés - Détachés > 6 mois | | Tarifs | |
|-----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Option 1 - 100 % | Option 2 - 80 % | Unique | Isolé/Famille |
| Cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Non cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Mission à l'étranger - Détachés < 6 mois | | Tarifs | |
| | Option 3 - 100 % | Option 4 - 80 % | Unique | Isolé/Famille |
| Cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Non cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le personnel est à assurer :

tous au 1^{er} Euro tous en complément de la CFE/CPAM au 1^{er} Euro ou en complément de la CFE/CPAM selon les cas individuels

Date d'effet souhaitée :



LA PRÉVOYANCE DU BTP

Choisissez les options par garantie, pour chaque catégorie de personnel, en cochant les cases concernées.

| | Catégories | Option A | Option B | Option C | Option ST |
|------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Décès + Rente d'éducation | Cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Non cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Catégories | Option A Couverture : 85 % | | Option ST Couverture : 90 % + 10 % par enfant à charge | |
|--|------------|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| | | Délai carence 30 j | Délai carence 90 j | Délai carence 30 j | Délai carence 90 j |
| Incapacité Infirmitté accidentelle * | Cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Non cadre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Cette garantie est liée à la garantie décès et ne peut être souscrite séparément.

| | Catégories | |
|----------------------|------------|--------------------------|
| Rente de Conjoint | Cadre | <input type="checkbox"/> |
| | Non cadre | <input type="checkbox"/> |

Le personnel est à assurer :

tous au 1^{er} Euro tous en complément de la CFE/CPAM au 1^{er} Euro ou en complément de la CFE/CPAM selon les cas individuels

Date d'effet souhaitée :

Adhésion à la caisse de prévoyance du bâtiment et des travaux publics

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

- déclare adhérer à **BTP-PRÉVOYANCE** au titre des garanties de prévoyance mentionnées ci-dessus, conformément aux dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur ;
- certifie avoir pris connaissance des statuts, règlements et notices de la caisse et avoir consulté le personnel concerné.

Fait à : le :

Signature du dirigeant :

Cachet de l'entreprise :

IMP
ENT



En application de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-vous à votre direction régionale.

www.probtp.com