

## RÉGIME EXPATRIÉS

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

### Renseignements concernant l'entreprise

Raison sociale de l'entreprise : .....

N° de Siret à indiquer impérativement en haut de page

N° de chantier BTP Prévoyance | 1 ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° de chantier BTP Prévoyance | 2 ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Renseignements concernant le salarié

Nature du séjour à l'étranger :  Expatrié  Détaché  Mission à l'étranger

Classification : .....

Catégorie :  Non cadre  Cadre

Date d'entrée dans l'entreprise | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'effet d'expatriation ou de détachement | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de fin d'expatriation ou de détachement | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Temps partiel :  Oui  Non Si oui, indiquer le % d'activité : .....

Pays de résidence pendant l'expatriation/la mission du salarié : .....

Salaire annuel : .....

Date de début des garanties | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Pour la garantie Santé, le conjoint et les enfants doivent-ils être couverts ? :  Oui  Non

Si oui, précisez si la famille :  accompagne le salarié  reste en France  dans un autre pays : .....

Pendant son séjour à l'étranger, le salarié sera-t-il maintenu sur le régime Général de la Sécurité sociale française (mission de courte durée, détachement) ?  Oui  Non

Le salarié est-il couvert par la CFE ?  Oui  Non

Si oui, précisez pour quels risques :  Maladie/Maternité/Invalidité  Indemnités Journalières  Accidents du travail

Fait à, .....

par (Nom et fonction du signataire) : .....

le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cachet de l'entreprise :



## Identité du salarié

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le       à : .....

Nationalité(s) : .....

N° de Sécurité sociale : France

Autres pays : ..... N° : .....

Adresse d'expatriation : .....

Code postal      Ville : ..... Pays : .....

Tél.       Fax       E-mail : .....

Adresse du conjoint (si différente) : .....

Code postal      Commune : .....

Bénéficiez-vous des prestations de Sécurité sociale ou d'un autre régime de protection sociale public ou privé ?  Oui  Non

## Famille

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Autre situation : .....

	Nom et prénom	Date de naissance	Activité	N° de Sécurité sociale
Conjoint - Concubin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Personne liée par Pacs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant(s) à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Votre conjoint et/ou vos enfants à charge bénéficient-ils des prestations de la Sécurité sociale ou d'un autre régime de protection sociale public ou privé ?  Oui  Non

Précisez la nature de ces régimes : .....

## Désignation du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès (à remplir si la garantie décès est souscrite par l'entreprise)

**Les dispositions sont les suivantes :** le capital décès est versé en 1<sup>er</sup> lieu au conjoint ; à défaut, et à parts égales entre eux, aux enfants nés ou à naître ; à défaut, et à parts égales entre eux, aux petits enfants ; à défaut, et à parts égales entre eux, aux parents ; à défaut, à la succession.

**N.B.** À la demande expresse du salarié, d'autres bénéficiaires peuvent être désignés.

Cette désignation peut être effectuée directement sur le bulletin d'affiliation ou ultérieurement par avenant, par acte sous seing privé ou par acte authentique adressé (avec accusé de réception) à BTP-PRÉVOYANCE.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, le salarié peut porter ses coordonnées au contrat pour qu'elles puissent être utilisées par BTP-PRÉVOYANCE en cas de décès de l'assuré.

Toute désignation particulière ne peut être remise en cause que par une nouvelle désignation (y compris pour revenir à la désignation réglementaire). Cependant, une fois acceptée par le bénéficiaire, la désignation devient irrévocable.

Si vous souhaitez une autre désignation, et dans ce cas-là seulement, indiquez l'identité du ou des bénéficiaire(s) :

\* en 1<sup>er</sup> lieu : Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le

\* par défaut : Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le

\* par défaut : Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le

Fait à : ..... le

Signature du salarié

Signature et cachet de l'employeur

IMP  
ENT



## Paiement des prestations Santé

Voulez-vous être remboursé dans une autre devise que l'Euro ?  Oui  Non

Si oui laquelle\* : .....

\* Celle-ci correspond à la devise de votre compte bancaire

Mode de remboursement :  Chèque  Virement bancaire

Si vous souhaitez un virement bancaire, veuillez compléter les rubriques ci-après, et joindre un relevé d'identité bancaire (document indispensable) :

N° de compte : ..... Nom de la banque : .....

Adresse de la banque : .....

## Déclaration

Je demande à être affilié au régime collectif souscrit par l'entreprise dont je reconnais avoir pris connaissance des principales dispositions contractuelles définies dans la (les) notice(s) d'information correspondant aux garanties souscrites.

**Je déclare que les informations données ci-dessus sont sincères et véritables.**

**Pour les salariés affiliés à la CFE :**

j'autorise MSH INTERNATIONAL à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursements de la CFE et les règlements de soins qui concernent les membres de ma famille ci-dessus désignés ainsi que moi-même.

Fait à : ..... le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

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