Rue de la Dixence 20 – Case postale/Postfach – 1951 Sion/Sitten – T: +41 (0)27 327 51 11 – F: +41 (0)27 327 51 80

ALLGEMEINE ANGABEN ÜBER DIE FIRMA

Geschäftsbezeichnung / Name : .....

Adresse : .....

.....

.....

Telefon : .....

Fax : .....

Natel : .....

E-Mail : .....

Bank / Post : .....

Ort : .....

IBAN : .....

Datum der Firmengründung : .....

Branche : .....

Nr. IDE : .....

Code NOGA : .....

Sprache : .....

Bezahlt das Unternehmen einen Lohn? : Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, ab wann? : .....

An folgende Adresse zurückzusenden:

Bureau des Métiers
Abteilung: Inkasso/Anschluss
Rue de la Dixence 20
Postfach 141
1951 Sitten

BUREAU des METIERS
www.bureaudesmetiers.ch

BEITRITTSERKLÄRUNG

An das Walliser Arbeitgeberzentrum: Bureau des Métiers

Das unterzeichnete Unternehmen erklärt hiermit, dem Arbeitgeberzentrum Bureau des Métiers beizutreten. Dieser Beitritt bietet dem Unternehmen ein einheitliches System für die Lohnerklärung. Es gibt hiermit dem Bureau des Métiers sein ausdrückliches Einverständnis zur Übermittlung von notwendigen, das Unternehmen betreffenden Informationen an die vom Bureau des Métiers verwalteten sozialen Einrichtungen (*FK, BVG, Kollektiv-Krankentaggeldversicherung, berufliche Sozialkassen usw.*) sowie die AHV MEROBA 111.2. Es anerkennt ausdrücklich, die Beweiskraft der von ihm ans Bureau des Métiers übermittelten Lohnabrechnungen, ob dies nun durch das Zusenden von namentlichen Lohnlisten oder über das Erfassen im e-business-Portal geschieht.

Das Unternehmen anerkennt die AHV MEROBA 111.2 ebenfalls als Repräsentanten der verschiedenen sozialen Einrichtungen, denen sie einzeln beigetreten ist, darunter insbesondere die Inkassostelle. Es erklärt sich damit einverstanden, dass die Einrichtungen im Rahmen einer globalen Betreibung für sämtliche ausstehenden Sozialversicherungsbeiträge gemeinsam ein Konkursverfahren einleiten können. Vorbehalten bleibt die in der AHV-Gesetzgebung vorgesehene Betreibung auf Pfändung.

Das Unternehmen nimmt zur Kenntnis, dass diese Abrechnungen als Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gelten und akzeptiert dies.

Das Unternehmen bestätigt, die Datenschutzerklärung, die das Bureau des Métiers in Anwendung des eidgenössischen Datenschutzgesetzes erstellt hat, zur Kenntnis genommen zu haben. Diese Datenschutzerklärung ist jederzeit auf der Website des Bureau des Métiers einsehbar: www.bureaudesmetiers.ch/datenschutzbestimmungen.

Durch die Unterzeichnung dieses Dokuments erklärt sich das Unternehmen mit der Verarbeitung seiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit ihrer Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung seines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden.

Im Rahmen der Nutzung der Dienstleistungen des Bureau des Métiers anerkennt das Unternehmen, die Tarifbestimmungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert zu haben. Diese Bestimmungen sind jederzeit auf der Website des Bureau des Métiers einsehbar: http://www.bureaudesmetiers.ch/geschaftsbedingungen.

Die vorliegende Beitrittserklärung ist ab dem unten aufgeführten Datum rechtskräftig, hebt jeden früheren Vertrag auf und ersetzt diesen. Sie ist solange gültig, wie der Anschluss zu einer der vom Bureau des Métiers verwalteten Sozialkassen. Der Anschluss endet automatisch, sobald kein Vertragsverhältnis mehr mit einer vom Bureau des Métiers verwalteten Sozialeinrichtung besteht.

1. Angaben zum Unternehmen

Firmenname

Adresse

Ort und Datum:

.....

Firmenstempel und Unterschrift:

.....

Rue de la Dixence 20 – Case postale/Postfach – 1951 Sion/Sitten – T: +41 (0)27 327 51 11 – F: +41 (0)27 327 51 80

BUREAU DES METIERS
« Arbeitgeberverbände »
AHV Ausgleichskasse Nr. 111.2

BEITRITTSERKLÄRUNG

(juristische Person)

Die unten genannte Unternehmung :

Erklären ihren Beitritt als Mitglied des Bureau des Métiers - Arbeitgerberverbände

Die Verantwortlichen (Teilhaber, Gesellschafter) :

Name	Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.	Wohnort

erklären gleichzeitig für die oben genannten Unternehmungh ihren Beitritt zur Ausgleichskasse für die Alters- und Hinterlassenenversicherung MEROBA Nr. 111, Agentur in Sitten.

Mit dem Anschluss erklärt sich das Unternehmen mit dem Inkasso- und Abrechnungssystem des Bureau des Métiers (eine Abrechnung für sämtliche Sozialversicherungen) einverstanden. Es anerkennt ausdrücklich, die Beweiskraft der von ihm ans Bureau des Métiers übermittelten Lohnabrechnungen, ob dies nun durch das Zusenden von namentlichen Lohnlisten oder über das Erfassen im E-Business-Portal geschieht.

Das Unternehmen nimmt zur Kenntnis, dass diese Abrechnungen als Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gelten und akzeptiert dies.

Ort und Datum

Stempel der Unternehmung

Unterschrift der Teilhaber

BEITRITTSERKLÄRUNG
Firma

Der unterzeichnete Arbeitgeber (Selbstständigerwerbender und/oder Betrieb) erklärt hiermit sein Interesse, der Familienausgleichskasse des Walliser Bauhandwerks CAFAB beizutreten. Er hat das Kassenreglement und die Statuten gelesen (www.bureaudesmetiers.ch) und erklärt sich mit den Bedingungen einverstanden. Der Beitritt wird am Tag des unten angegebenen Datums wirksam.

Mit dem Anschluss erklärt sich das Unternehmen mit dem Inkasso- und Abrechnungssystem des Bureau des Métiers (eine Abrechnung für sämtliche Sozialversicherungen) einverstanden. Es anerkennt ausdrücklich, die Beweiskraft der von ihm ans Bureau des Métiers übermittelten Lohnabrechnungen, ob dies nun durch das Zusenden von namentlichen Lohnlisten oder über das Erfassen im E-Business-Portal geschieht.

Das Unternehmen nimmt zur Kenntnis, dass diese Abrechnungen als Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gelten und akzeptiert dies.

1. Angaben zum Unternehmen

Name / Firmenname :

Adresse :

2. Beitrittsdatum

Genaues Beitrittsdatum:

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift:

.....

Rue de la Dixence 20 – Case postale/Postfach – 1951 Sion/Sitten – T: +41 (0)27 327 51 11 – F: +41 (0)27 327 51 80

BEITRITTSERKLÄRUNG

Krankentaggeldversicherung

Das unterzeichnete Unternehmen bestätigt hiermit den Beitritt seines Personals an die kollektive Krankentaggeldversicherung des Walliser Bauhandwerks und erteilt dem Kassenverwalter oder seinem Vertreter offiziell die Vollmacht, Einsicht in die Unternehmensunterlagen zu nehmen. Ausserdem ist der Verwalter befugt, bei der Suva Auskunft einzuholen über die vom Unternehmen deklarierten Löhne.

Der Beitritt wird ab dem untenstehenden Datum rechtsgültig und für drei Jahre verbindlich. Danach erneuert er sich von Jahr zu Jahr stillschweigend, insofern er nicht per eingeschriebenen Brief sechs Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt wird.

Mit dem Anschluss erklärt sich das Unternehmen mit dem Inkasso- und Abrechnungssystem des Bureau des Métiers (eine Abrechnung für sämtliche Sozialversicherungen) einverstanden. Es anerkennt ausdrücklich, die Beweiskraft der von ihm ans Bureau des Métiers übermittelten Lohnabrechnungen, ob dies nun durch das Zusenden von namentlichen Lohnlisten oder über das Erfassen im E-Business-Portal geschieht.

Das Unternehmen nimmt zur Kenntnis, dass diese Abrechnungen als Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gelten und akzeptiert dies.

1. Angaben des Unternehmens

Name

Adresse

2. Beitritssdatum

Genaues Datum des Beitrittsbeginns

3. Angeschlossenes Personal

☒ gesamte Belegschaft des Unternehmens

Hinweis
Diese Beitrittserklärung umfasst nicht die Selbständigerwerbenden, sondern ausschliesslich deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
Bemerkungen: .....

4. Wartefrist

☒ 2 Tage

**

Die Bestimmungen des Rahmenvertrags für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des Bauhandwerks und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind anwendbar. Diese Unterlagen sind Bestandteil der vorliegenden Beitrittserklärung und können unter der Webadresse www.bureaudesmetiers.ch eingesehen werden.

Ort und Datum: .....

Stempel und Unterschrift: .....

Rue de la Dixence 20 – Case postale/Postfach – 1951 Sion/Sitten – T: +41 (0)27 327 51 11 – F: +41 (0)27 327 51 80

Caisse de retraite paritaire de l'artisanat du bâtiment du canton du Valais
Paritätische Pensionskasse des Walliser Bauhandwerks

BEITRITTSERKLÄRUNG CAPAV

Die unterzeichnete Firma erklärt hiermit ihren Beitritt zur paritätischen Pensionskasse des Bauhandwerks des Kantons Wallis (CAPAV). Dadurch tritt ihr gesamtes Personal der Kasse bei.

Mit dem Anschluss erklärt sich das Unternehmen mit dem Inkasso- und Abrechnungssystem des Bureau des Métiers (eine Abrechnung für sämtliche Sozialversicherungen) einverstanden. Es anerkennt ausdrücklich, die Beweiskraft der von ihm ans Bureau des Métiers übermittelten Lohnabrechnungen, ob dies nun durch das Zusenden von namentlichen Lohnlisten oder über das Erfassen im E-Business-Portal geschieht.

Das Unternehmen nimmt zur Kenntnis, dass diese Abrechnungen als Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gelten und akzeptiert dies.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des Gesamtarbeitsvertrages. Die unterzeichnete Firma erteilt dem Verwalter des Bureau des Métiers die Vollmacht, Einsicht in ihre Unterlagen zu nehmen und bei der SUVA Auskunft über die bei ihr deklarierten Löhne des Unternehmens einzuholen.

1. Angaben zur Firma

FIRMENNAME

ADRESSE

☐ Unternehmensgründung ☐ Änderung des Firmennamens

☐ Neuanschluss eines bereits bestehenden Unternehmens ☐ Planwechsel

Genaues Datum des Beitrittsbeginn oder der Anpassung der Versicherungspläne: _____

Das unterzeichnete Unternehmen bestätigt hiermit den Anschluss / die Änderung seines Anschlusses an die CAPAV gemäss den Details der nachfolgenden Versicherungspläne.

2. Vorsorgepläne ..... *(Bitte ankreuzen)*

Kategorien	„Standard"-Plan			„Plus"-Plan			„Optimal"-Plan			„Super"-Plan
	Basis	zusätzliche Altersgutschrift		Basis	zusätzliche Altersgutschrift		Basis	zusätzliche Altersgutschrift		
		50% 50%	100% AG		50% 50%	100% AG		50% 50%	100% AG	
Gesamtes Personal										
Arbeiter										
Administratives Personal										
Technisches Personal										
Führungskräfte										
Teilhaber / Verwalter										

Das Unternehmen verpflichtet sich, dem vorliegenden Formular eine Liste mit sämtlichen Namen der Arbeitnehmer beizulegen, wobei anzugeben ist, welcher Kategorie (siehe oben) sie angehören.

3. Beitrittsbestimmungen

Die detaillierten Beitrittsbestimmungen sind im Vorsorgereglement definiert. Dieses kann auf unserer Internetseite (www.capav.ch) heruntergeladen werden.

Zur vorhergehenden Durchführung einer Risikoanalyse erteilt die unterzeichnete Firma der CAPAV die Vollmacht, die notwendigen Informationen bei ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung einzufordern.

Name der bisherigen Vorsorgeeinrichtung: _____

Der Anschluss an die Kasse beginnt am obenstehenden genannten Datum und ist **ab dem Zeitpunkt der schriftlichen Bestätigung durch die CAPAV** ein Jahr gültig. Nach dieser Frist verlängert er sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, insofern er nicht sechs Monate im Voraus auf Ende eines Kalenderjahres und per eingeschriebenen Brief gekündigt wird.

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____

Rue de la Dixence 20 – Case postale/Postfach – 1951 Sion/Sitten – T: +41 (0)27 327 51 11 – F: +41 (0)27 327 51 80 – info@capav.ch

VORSORGEPLÄNE DER CAPAV

	STANDARD	PLUS	OPTIMAL	SUPER
Versicherter Lohn	AHV-pflichtiger Lohn	AHV-pflichtiger Lohn	AHV-pflichtiger Lohn	AHV-pflichtiger Lohn
Leistungen bei Invalidität				
Invalidenrente	**30.00%**	**40.00%**	**50.00%**	**50.00%**
Invalidenkinderrente	5%	5%	5%	5%
- Wartefrist	24 Monate	24 Monate	24 Monate	24 Monate
- Prämienbefreiung	2 Monate	2 Monate	2 Monate	2 Monate
Leistungen an Hinterbliebene				
Witwenrente	**20.00%**	**30.00%**	**40.00%**	**40.00%**
Waisenrente	5%	5%	5%	5%
Todesfallkapital	vorhandenes Altersguthaben	vorhandenes Altersguthaben	vorhandenes Altersguthaben	vorhandenes Altersguthaben

Für Risikoleistungen beträgt der versicherte Lohn das 7-fache der maximalen AHV-Rente.

Altersleistungen									
Altersrente (in % des vorhandenen Altersguthabens)	Umwandlungssatz: 6.9% (in 2019) 6.8% (ab 2020)			Umwandlungssatz: 6.9% (in 2019) 6.8% (ab 2020)			Umwandlungssatz: 6.9% (in 2019) 6.8% (ab 2020)			Umwandlungssatz: 6.9% (in 2019) 6.8% (ab 2020)
Rente für Kinder der Rentner (in % der Altersrente)	20%			20%			20%			20%
Altersgutschriften (M/W)	in % des vers. Lohnes			in % des vers. Lohnes			in % des vers. Lohnes			in % des vers. Lohnes
	Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%		Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%		Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%		
18 - 24 Jahre	**5.00%**	**7.50%**		**5.00%**	**7.50%**		**6.50%**	**9.00%**		**18.00%**
25 - 34 Jahre	**5.00%**	**7.50%**		**5.00%**	**7.50%**		**6.50%**	**9.00%**		**18.00%**
35 - 44 Jahre	**7.10%**	**9.60%**		**7.10%**	**9.60%**		**8.50%**	**11.00%**		**18.00%**
45 - 54 Jahre	**10.70%**	**13.20%**		**10.70%**	**13.20%**		**11.50%**	**14.00%**		**18.00%**
55 - 65 Jahre	**12.80%**	**15.30%**		**12.80%**	**15.30%**		**13.50%**	**16.00%**		**18.00%**
Finanzierung	Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%		Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%		Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%		
		50% AG 50% AN	zu Lasten AG		50% AG 50% AN	zu Lasten AG		50% AG 50% AN	zu Lasten AG	
Arbeitgeberanteil (AG)	5.75%	7.00%	8.25%	6.25%	7.50%	8.75%	8.50%	9.75%	11.00%	14.00%
Arbeitnehmeranteil (AN)	5.75%	7.00%	5.75%	6.25%	7.50%	6.25%	6.50%	7.75%	6.50%	8.00%
Total	**11.50%**	**14.00%**		**12.50%**	**15.00%**		**15.00%**	**17.50%**		**22.00%**

MELDEFORMULAR

Innendekorateur

AHV-Nr. : 7 5 6 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Firmennummer : ☐☐☐☐ 0 0 ☐☐

Name : _____

Vorname : _____

Adresse : _____

PLZ/Ort : _____ _____

Tel.-Nr. : _____

Nationalität : _____

Zivilstand : _____

Geburtsdatum : _____ _____ _____

Aufenthaltserlaubnis : _____

IBAN Nr. : _____

Firmenname : _____

Beruf : _____

Eintrittsdatum : _____

Beschäftigungsgrad : _____ %

Vertragslaufzeit : ☐ unbefristet
☐ befristet bis zum : _____

Vertragslaufzeit : pro Stunde : Fr. _____
konstanter Lohn : Fr. _____
pro Monat : Fr. _____

Berufscodes

- ☐ PA Verwaltungspersonal
- ☐ PT Patron / Unternehmensleiter / Teilhaber
- ☐ PT Technisches Personal (Technisches Kader, Meister, Zeichner usw.)
- ☐ PAP Vorlehrling
- ☐ AP Lernender
- ☐ ET Student
- ☐ ST Praktikant
- ☐ FM Reinigungsangestellte
- ☐ MA Hilfsarbeiter
- ☐ TQ Qualifizierter Arbeitnehmer
- ☐ CP Innendekorationsnäherin
- ☐ DI Innendekorateur
- ☐ PV Verkäufer
- ☐ SE Sattler

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Antrag auf Annahme in die Rechtsschutzversicherung des Bureau des Métiers

Firmenname oder Firmennummer.....
Name und Vorname : .....
Kontaktperson : .....
Strasse und Hausnummer : .....
PLZ und Ort : .....
Telefon : ..... E-Mail: .....
Das unterzeichnende Unternehmen : ist Mitglied eines Verbands, der dem Bureau des Métiers angehört ☐
wenn ja, welcher? .....

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Formulars

- ersucht das unterzeichnende Unternehmen um die Aufnahme in den Rahmenvertrag des Bureau des Métiers im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unternehmensrechtsschutzversicherung FORTUNA Complete (Ausgabe 2020) und im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Berufsrechtsschutzversicherung für die Unternehmen, die in den Rahmenvertrag des Bureau des Métiers aufgenommen wurden.
- es verpflichtet sich, die jeweilige Jahresprämie fristgemäss zu zahlen.
- es nimmt zur Kenntnis und ist damit einverstanden, dass die Jahresprämien nach dem auf der Website des Bureau des Métiers definierten Berechnungsmodus festgelegt werden (www.bureaudesmetiers.ch/rechtsschutz-tarife).
- es nimmt zur Kenntnis, dass wenn das Bureau des Métiers die Kündigung des Unternehmens auf das Ende des laufenden Kalenderjahres nicht vor dem 30. September erhält, sich die Zugehörigkeit zum Rahmenvertrag um das folgende Kalenderjahr verlängert. Das Bureau des Métiers kann die Versicherung im Rahmenvertrag zu den gleichen Bedingungen kündigen.
- es nimmt zur Kenntnis, dass dem unterzeichnenden Unternehmen empfohlen wird, alle bestehenden Rechtsschutzverträge zu kündigen.

Die auf der folgenden Seite aufgeführten Unterlagen müssen dem vorliegenden Aufnahmeantrag beigefügt werden.

Ort und Datum

Name(n) und Vorname(n)
Firmenstempel und Unterschrift(en)

Das vorliegende Antragsformular und die verlangten Unterlagen müssen an die folgende Adresse retourniert werden: Bureau des Métiers, Beitrittsabteilung, Rue de la Dixence 20, Postfach 141, 1951 Sitten. **Das Unternehmen wird in den Rahmenvertrag aufgenommen, sobald das Bureau des Métiers den vorliegenden Antrag genehmigt. Wird die Jahresprämie binnen 30 Tagen nach Erhalt der Prämienrechnung nicht bezahlt, ruht die Leistungspflicht bis zur vollständigen Zahlung**.

Vom Bureau des Métiers auszufüllen

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Antragsformulars nimmt das Bureau des Métiers das unterzeichnende Unternehmen auf.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Die folgenden Unterlagen müssen dem Aufnahmeantrag beigefügt werden:

- *Juristische Personen (AG und GmbH), die weder mit der AHV-Ausgleichskasse MEROBA noch mit einer der Sozialkassen des Bureau des Métiers abrechnen, müssen die AHV-Abrechnung des Vorjahrs beilegen.*
- *Selbständigerwerbende und/oder Kollektivgesellschaften ohne Personal müssen (eine) Bescheinigung(en) über das steuerrechtliche Einkommen beilegen.*
- *Selbständigerwerbende und/oder Kollektivgesellschaften mit Personal müssen die AHV-Abrechnung des Vorjahrs und (eine) Bescheinigung(en) über das steuerrechtliche Einkommen beilegen.*
- *Unternehmen, die nicht dem Bureau des Métiers angeschlossen, müssen einen Auszug vom Betreibungs- und Konkursamt beilegen.*