RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENTREPRISE

Raison sociale / Nom, prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Fax : .....

Natel : .....

e-mail : .....

Banque / Poste : .....

Lieu : .....

IBAN : .....

Début d'activité : .....

Genre d'activité : .....

N° IDE : .....

Code NOGA : .....

Langue : .....

L'entreprise verse-t-elle un salaire ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, dès le : .....

Formulaire à retourner :

Bureau des Métiers
Groupe encaissement/affiliation
Rue de la Dixence 20
Case postale 141
1951 Sion

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

DECLARATION D'ADHESION

Au centre patronal valaisan : Bureau des Métiers

L'entreprise soussignée déclare adhérer au centre patronal valaisan, le Bureau des Métiers. Par cette adhésion, elle bénéficie d'un système unifié d'annonce des salaires. Elle donne expressément son consentement à ce que le Bureau des Métiers transmette les informations pertinentes qui la concernent à l'ensemble des institutions sociales administrées par le Bureau des Métiers *(AF, LPP, Contrat collectif de perte de gain en cas de maladie, Caisses sociales professionnelles, etc.)* et à l'agence AVS Meroba 111.2. Elle déclare expressément reconnaître la force probante des décomptes salaires transmis par elle au Bureau des Métiers, que ce soit par l'envoi de listes nominatives ou par le biais du portail e-business.

L'entreprise reconnaît également à l'agence AVS Meroba 111.2 le titre de représentante des différentes institutions sociales auxquelles elle a adhéré de façon individuelle, notamment en matière d'encaissement. Elle admet en particulier que celles-ci peuvent agir par voie de faillite en commun dans le cadre d'une poursuite globale pour l'ensemble des charges sociales impayées. Demeure réservée la poursuite par voie de saisie prévue dans la législation AVS.

L'entreprise prend note et accepte le fait que ces décomptes valent reconnaissance de dette au sens de l'Art. 82 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite.

L'entreprise confirme avoir pris connaissance de la politique de confidentialité mise en place par le Bureau des Métiers dans le cadre de l'application de la loi fédérale sur la protection des données. Cette politique est accessible en tout temps sur le site du Bureau des Métiers à l'adresse : www.bureaudesmetiers.ch/politiquedeconfidentialite.

Par la signature de ce document, l'entreprise soussignée confirme consentir aux traitements de ses données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de son dossier et/ou selon les dispositions légales en vigueur.

Dans le cadre de l'utilisation des services du Bureau des Métiers, l'entreprise reconnaît avoir pris connaissance et accepter la politique tarifaire du Bureau des Métiers. Cette politique est accessible en tout temps sur le site du Bureau des Métiers à l'adresse : http://www.bureaudesmetiers.ch/conditionsgenerales.

La présente adhésion prend effet à la date indiquée ci-dessous, et remplace toute version antérieure. Elle est valable tant que dure une affiliation à l'une ou l'autre des institutions sociales gérées par le Bureau des Métiers. L'affiliation prend automatiquement fin lorsqu'il n'y a plus aucune relation contractuelle avec une institution sociale administrée par le Bureau des Métiers.

Données de l'entreprise

Raison sociale

Adresse

Lieu et date : .....

Timbre et signature : .....

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
« Fédération d'associations patronales »
Caisse AVS Méroba No 111.2

BULLETIN D'ADHESION

(personne physique)

Je déclare / nous déclarons

adhérer au Bureau des Métiers - Fédération d'associations patronales - ainsi qu'à sa Caisse de compensation pour l'assurance-vieillesse et survivants MEROBA no 111.2, Agence de Sion.

Lieu et date

Timbre et Signature

Nom et prénom ou raison sociale

Numéro AVS du titulaire

Date de naissance du titulaire

Profession ou genre d'activité

Adresse exacte de l'exploitation

Adresse de domicile

Début de l'activité

Etes-vous inscrit(s) au registre du Commerce Oui ☐ dès le Non ☐

A quelle caisse de compensation AVS êtes-vous affilié actuellement ?

En cas de modification de raison sociale, avez-vous repris l'actif et le passif de l'ancienne entreprise ? *Oui ☐ Non ☐

* Si oui, raison sociale de l'ancienne entreprise

Occupez-vous du personnel de maison ? Oui ☐ Non ☐

Observations et autres renseignements

Par son adhésion, l'entreprise accepte le système d'encaissement Bureau des Métiers et le modèle de décompte unifié. Elle déclare expressément reconnaître la force probante des décomptes salaires transmis par elle au Bureau des Métiers, que ce soit par l'envoi de listes nominatives ou par le biais du portail e-business.

L'entreprise prend note et accepte le fait que ces décomptes valent reconnaissance de dette au sens de l'Art. 82 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite.

Questionnaire AVS à la Méroba No 111.2
à joindre avec le bulletin d'adhésion

Tél. prof. : ---------- Tél. privé :----------

Natel : ---------- Tél. fax : ----------

Adresse e-mail : ---------- ----------

CCP/Banque no : ----------

Etes-vous affilié (e) auprès d'une Caisse de compensation ❍ non - ❍ oui (Si oui, laquelle) : ----------

I FORME JURIDIQUE (cocher ce qui convient)

❍ Raison individuelle ❍ Société simple ❍ Hoirie
❍ Société en nom collectif ❍ Société anonyme ❍ Sàrl
❍ Société en commandite ❍ ……

II PERSONNES PHYSIQUES

Données Personnelles :

1. Nom :----------
2. Prénom :----------
3. Filiation :----------
4. Date de naissance :----------
5. No d'assuré AVS :----------
6. Pays d'origine :----------
7. Etat civil :----------
8. Commune de domicile :----------
9. Genre d'activité :----------
10. Prénom du conjoint :----------
11. Date de naissance du conjoint :----------
12. Activité du conjoint :----------
13. Nom de jeune fille de l'épouse :----------

III SOCIETE DE PERSONNES OU DE CAPITAUX

14. Raison sociale de la société :----------
    ----
15. Adresse :----------
    ----
16. Domicile ou siège social :----------
17. Genre d'activité :----------
    Depuis quand :----------
18. Nom et prénom des associés :
    ---------- No AVS : ----------
    ---------- No AVS : ----------

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

IV EMPLOYEUR

19. Nombre de personnes occupées : ---------- dès le : ----------

V ACTIVITE INDEPENDANTE

20. Date début d'activité : ----------
21. Revenu effectif présumé de votre activité indépendante : Fr. ----------
(revenu de la première année civile)
22. Capital net investi : Fr. ----------
23. Revenu agricole accessoire : ❑ oui ❑ non
24. Temps consacré : à l'activité indépendante : ----------%
: à une activité indépendante agricole : ----------%
: à une activité salariée :---------- % auprès de : ----------

	Réponse	Oui	Non
25.	Possédez-vous vos propres locaux commerciaux ou louez-vous des locaux équipés d'installations en usage dans la branche ? (Si location : copie du bail à loyer)	❑	❑
26.	Avez-vous opéré des investissements importants en relation avec votre activité ? (Si oui, indiquer les plus importants et annexer les copies de justificatifs)	❑	❑

27.	Encourez-vous les pertes qui pourraient résulter de votre activité ?	❑	❑
28.	Supportez-vous les risques d'encaissement ?	❑	❑
29.	Disposez-vous de votre propre organisation d'entreprise ?	❑	❑
30.	Recherchez-vous personnellement une clientèle au moyen de publicité, d'offres ?	❑	❑
31.	Prenez-vous régulièrement en charge des travaux adjugés par des tiers ?	❑	❑
32.	Traitez-vous les affaires en votre nom personnel ? (Si oui, copie de factures, commande aux fournisseurs)	❑	❑
33.	Prenez-vous personnellement les décisions touchant la marche de l'entreprise ?	❑	❑
34.	Etes-vous inscrit au Registre du Commerce ?	❑	❑
35.	Disposez-vous de votre propre assurance Responsabilité-Civile (RC) professionnelle ? (Si oui, copie de la police d'assurance)	❑	❑
36.	Supportez-vous l'intégralité des frais liés à votre activité ?	❑	❑
37.	Vous adjoignez-vous le concours d'auxiliaires ?	❑	❑
38.	Travaillez-vous principalement pour le compte d'une Maison déterminée ?	❑	❑
	Si oui a) indiquez l'adresse de cette Maison :		

	----------		
	b) avez-vous conclu un contrat ou une convention ? (Si oui nous le/la transmettre)	❑	❑
	c) êtes-vous intégré à l'organisation du travail de cette entreprise ?	❑	❑
	d) êtes-vous soumis de façon décisive à ses directives ?	❑	❑
	e) recevez-vous des instructions de votre mandant ?	❑	❑
	f) selon quel mode de rétribution êtes-vous rémunéré ?	❑	❑
	❑ heure ❑ forfait ❑ mois ❑ commission		
	g) les travaux sont-ils exécutés dans vos propres locaux ?	❑	❑

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

VI LPP – Loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité

Pour votre personnel, êtes-vous affilié à une institution de prévoyance inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle ? (marquer d'une croix ce qui convient)

❑ Oui – Nom et adresse de l'institution de prévoyance et copie de l'attestation d'affiliation

---

❑ Non – Parce que ----------

Annexes ----------

VII ALLOCATIONS FAMILIALES

Avez-vous des enfants à charge ? ❍ oui ❍ non

Vos enfants bénéficient-il déjà d'allocations familiales ? ❍ oui ❍ non

Date : ---------- Signature : ----------

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

DECLARATION D'ADHESION
entreprise

L'entreprise (indépendant et/ou employeur) soussignée déclare vouloir adhérer à la caisse d'allocations familiales de l'artisanat du bâtiment (CAFAB). Elle déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement qui régissent la caisse et vouloir s'y soumettre en tous points (ces documents peuvent être consultés sur internet à l'adresse www.bureaudesmetiers.ch). La présente adhésion prend effet à la date indiquée ci-dessous.

Par son adhésion, l'entreprise accepte le système d'encaissement Bureau des Métiers et le modèle de décompte unifié. Elle déclare expressément reconnaître la force probante des décomptes salaires transmis par elle au Bureau des Métiers, que ce soit par l'envoi de listes nominatives ou par le biais du portail e-business.

L'entreprise prend note et accepte le fait que ces décomptes valent reconnaissance de dette au sens de l'Art. 82 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite.

1. Données de l'entreprise

Nom / Raison sociale :

Adresse :

2. Début de l'affiliation

Date exacte du début de l'affiliation :

Déclaration de consentement
Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.
Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.afbm.ch.

Lieu et date : ……

Timbre et signature : ……

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

BULLETIN D'ADHESION

assurance-maladie perte de gain

L'entreprise soussignée déclare affilier son personnel à l'assurance-maladie collective perte de gain de l'artisanat du bâtiment du canton du Valais. Elle donne procuration avec pouvoir de substitution au gérant de la caisse pour prendre connaissance du dossier de son entreprise et des salaires déclarés auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents SUVA.

Par son adhésion, l'entreprise accepte le système d'encaissement Bureau des Métiers et le modèle de décompte unifié. Elle déclare expressément reconnaître la force probante des décomptes salaires transmis par elle au Bureau des Métiers, que ce soit par l'envoi de listes nominatives ou par le biais du portail e-business.

L'entreprise prend note et accepte le fait que ces décomptes valent reconnaissance de dette au sens de l'Art. 82 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite.

La présente adhésion prend effet à la date indiquée ci-dessous. Elle est valable 3 ans. Passé ce délai, elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année si elle n'est pas dénoncée par lettre signature 6 mois à l'avance pour la fin d'une année civile.

1. Données de l'entreprise

Raison sociale

Adresse

2. Début de l'affiliation

Date exacte du début de l'affiliation

3. Personnel affilié

☒ le personnel de l'entreprise

Remarque
Ce bulletin d'adhésion n'est pas destiné aux personnes de condition indépendante, mais uniquement à leurs salariés.

Observations : ……

4. Délai d'attente

☒ 2 jours

***

Les dispositions du contrat-cadre de l'Assurance-maladie collective de l'artisanat du bâtiment (AMCAB) et les conditions générales sont applicables. Ces documents font partie intégrante de la présente déclaration et peuvent être consultés sur le site internet, à l'adresse www.bureaudesmetiers.ch

Déclaration de consentement
Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales. Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet.

Lieu et date : ……

Timbre et signature : ……

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

BULLETIN D'ADHESION

L'entreprise soussignée déclare donner son adhésion à la Caisse de retraite paritaire de l'artisanat du bâtiment du canton du Valais (CAPAV). Cette adhésion entraîne l'affiliation de l'ensemble de son personnel.

Par son adhésion, l'entreprise accepte le système d'encaissement Bureau des Métiers et le modèle de décompte unifié. Elle s'engage à transmettre régulièrement des décomptes de salaires au Bureau des Métiers à valoir comme reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 LP.

Les dispositions de la Convention collective de travail applicable sont réservées. L'entreprise soussignée donne procuration avec pouvoir de substitution au gérant de la Caisse pour prendre connaissance du dossier de son entreprise et des salaires déclarés auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents SUVA.

1. Données de l'entreprise

RAISON SOCIALE

ADRESSE

☐ création d'une nouvelle entreprise
☐ nouvelle affiliation d'une entreprise existante
☐ changement de raison sociale
☐ changement de plan

Date exacte du début de l'affiliation ou du changement de plan _____

L'entreprise soussignée déclare s'affilier / modifier son affiliation à CAPAV selon le détail des plans ci-dessous.

2. Plan(s) de prévoyance *(Cocher ce qui convient)*

Catégories de personnel	Plan Standard			Plan Plus			Plan Optimal			Plan Super
	Base	Option épargne supplémentaire		Base	Option épargne supplémentaire		Base	Option épargne supplémentaire		
		50% 50%	100% empl.		50% 50%	100% empl.		50% 50%	100% empl.	
Tout le personnel										
Ouvriers										
Personnel administratif										
Personnel technique										
Cadres										
Associés / Gérant(s)										

L'entreprise annexe à la présente une liste des travailleurs en mentionnant pour chacun la catégorie à laquelle il appartient.

3. Conditions

Le règlement de prévoyance fixe les conditions d'affiliation. Il peut être consulté sur notre site Internet à l'adresse suivante : www.capav.ch

Dans le but d'un examen du risque préalable, l'entreprise autorise CAPAV à demander les informations nécessaires à son ancienne institution de prévoyance.
Nom de l'ancienne institution de prévoyance _____

La présente adhésion prendra effet à la date indiquée ci-dessus, **dès confirmation écrite de CAPAV**. Elle est valable une année. Ce délai passé, elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année, si elle n'est pas dénoncée six mois à l'avance pour la fin d'une année civile et par lettre signature.

Déclaration de consentement
Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.
Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.capav.ch.

Lieu et date _____

Timbre et Signature _____

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

PLANS DE PREVOYANCE CAPAV

	STANDARD	PLUS	OPTIMAL	SUPER
Salaire assuré	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS
Prestations d'invalidité				
Rente d'invalidité	30.00%	40.00%	50.00%	50.00%
Rente d'enfant d'invalide	5%	5%	5%	5%
- délai d'attente	24 mois	24 mois	24 mois	24 mois
- lib. du service des primes	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois
Prestations de survivants				
Rente de veuve/veuf	20.00%	30.00%	40.00%	40.00%
Rente d'orphelin	5%	5%	5%	5%
Capital décès	avoir de vieillesse acquis	avoir de vieillesse acquis	avoir de vieillesse acquis	avoir de vieillesse acquis

Le salaire assuré pour les prestations de risque est limité à 7 x la rente annuelle simple AVS maximale.

Prestations de retraite							
Rente de retraite (en % de l'avoir de vieillesse final acquis)	Taux de conversion : 6.9% (en 2019) 6.8% (dès 2020)		Taux de conversion : 6.9% (en 2019) 6.8% (dès 2020)		Taux de conversion : 6.9% (en 2019) 6.8% (dès 2020)		Taux de conversion : 6.9% (en 2019) 6.8% (dès 2020)
Rente d'enfant de retraité (en % de la rte de vieillesse)	20%		20%		20%		20%
Bonif. de vieillesse (H/F)	en % du sal. assuré		en % du sal. assuré		en % du sal. assuré		en % du sal. assuré
	Base	Option d'épargne supplémentaire +2.5%	Base	Option d'épargne supplémentaire +2.5%	Base	Option d'épargne supplémentaire +2.5%	
18 - 24 ans	5.00%	7.50%	5.00%	7.50%	6.50%	9.00%	18.00%
25 - 34 ans	5.00%	7.50%	5.00%	7.50%	6.50%	9.00%	18.00%
35 - 44 ans	7.10%	9.60%	7.10%	9.60%	8.50%	11.00%	18.00%
45 - 54 ans	10.70%	13.20%	10.70%	13.20%	11.50%	14.00%	18.00%
55 - 65 ans	12.80%	15.30%	12.80%	15.30%	13.50%	16.00%	18.00%

Financement										
	Base	Option d'épargne supplémentaire +2.5%		Base	Option d'épargne supplémentaire +2.5%		Base	Option d'épargne supplémentaire +2.5%		
		paritaire	à charge empl.		paritaire	à charge empl.		paritaire	à charge empl.	
Part de l'employeur	5.75%	7.00%	8.25%	6.25%	7.50%	8.75%	8.50%	9.75%	11.00%	14.00%
Part du travailleur	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%

Obligatoire

BULLETIN D'ADHESION
POUR LE PERSONNEL D'EXPLOITATION

L'entreprise soussignée s'affilie à la Caisse de retraite anticipée du second œuvre romand RESOR. Cette affiliation concerne **tout le personnel d'exploitation** (y.c. les chefs d'équipe et les contremaîtres) soumis à la convention collective pour la retraite anticipée du second œuvre romand (CCRA-SOR) de l'entreprise.

Les personnes de condition indépendante au sens de l'AVS ou de la SUVA ne sont pas soumises et ne peuvent pas s'affilier à RESOR.

Les dispositions de la CCRA-SOR sont réservées. L'entreprise soussignée donne procuration avec pouvoir de substitution à la caisse RESOR pour prendre connaissance du dossier de son entreprise et des salaires déclarés auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents SUVA.

CLIQUEZ ICI pour trouver l'adresse du Centre d'encaissement cantonal RESOR à qui le formulaire doit être retourné

1. Données de l'entreprise

Raison sociale		Branche	
Adresse		Tél.	
		Fax	
		E-mail	

2. Début de l'affiliation

Date exacte du début de l'affiliation

3. Autres conditions

Les dispositions de la convention collective pour la retraite anticipée du second œuvre romand (CCRA-SOR) ainsi que du règlement de la Fondation RESOR font partie intégrante de la présente déclaration et fixent les conditions d'affiliation. Ces documents peuvent être consultés sur le site internet de la Fondation à l'adresse www.resor.ch.

Lieu et date

Sceau et signature

Déclaration de consentement : Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.
Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.resor.ch.

Facultatif

BULLETIN D'ADHESION
POUR LE PERSONNEL TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF

L'entreprise soussignée déclare vouloir affilier **TOUT son personnel technique et administratif**, non soumis à la convention collective pour la retraite anticipée du second œuvre romand (CCRA-SOR), à la Caisse de retraite anticipée du second œuvre romand RESOR. Cette adhésion entraîne l'affiliation de TOUT le personnel de l'entreprise, y compris les cadres dirigeants et les patrons salariés d'une SA ou d'une S.à.r.l.

Les personnes de condition indépendante au sens de l'AVS ou de la SUVA ne sont pas soumises et ne peuvent pas s'affilier à RESOR.

Les dispositions de la Convention collective de travail applicable sont réservées. L'entreprise soussignée donne procuration avec pouvoir de substitution à la Caisse pour prendre connaissance du dossier de son entreprise et des salaires déclarés auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents SUVA.

1. Données de l'entreprise

Raison sociale		Branche	
Adresse		Tél.	
		Fax	
		E-mail	

2. Début de l'affiliation

Date exacte du début de l'affiliation

sous réserve d'approbation par la Fondation RESOR

La présente adhésion prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable dix ans. Passé ce délai, elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année, si elle n'est pas dénoncée six mois à l'avance pour la fin d'une année civile et par lettre signature.

3. Autres conditions

Outre les points mentionnés ci-dessus, les conditions suivantes doivent être remplies :

- Dans les cantons où il existe une Caisse de pensions paritaire constituée par les associations professionnelles signataires de la CCRA-SOR, les entreprises désireuses de soumettre leur personnel technique et administratif (y.c. les cadres dirigeants) à RESOR doivent cotiser à cette Caisse de pensions paritaire pour leur IIe pilier. Lorsqu'il n'existe pas de Caisse de pensions paritaire professionnelle dans le canton où est située l'entreprise, le Centre d'encaissement cantonal compétent peut émettre d'autres conditions propres au régime d'affiliation usuel applicable dans ce canton (par exemple : paiement de la contribution professionnelle).
- La majorité du personnel de l'entreprise est soumis à la CCRA-SOR.

Les dispositions de la convention collective pour la retraite anticipée du second œuvre romand (CCRA-SOR) ainsi que du règlement de la Fondation RESOR sont applicables. Ces documents font partie intégrante de la présente déclaration et peuvent être consultés sur le site internet de la Fondation à l'adresse www.resor.ch.

Lieu et date	Sceau et signature

Déclaration de consentement : Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.
Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.resor.ch.

Annexe : Liste de TOUT le personnel de l'entreprise

CLIQUEZ ICI pour trouver l'adresse du Centre d'encaissement cantonal RESOR à qui le formulaire doit être retourné

BUREAU DES METIERS

FICHE D'ANNONCE

Industrie du bois

No AVS : 7 5 6 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

No entreprise : ☐☐☐☐ 0 0 ☐☐

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA / Localité : _____ _____

No de tél. : _____

Nationalité : _____

Etat civil : _____

Date de naissance : _____ _____ _____

Permis de séjour : _____

N° IBAN : _____

Nom entreprise : _____

Profession travailleur : _____

Date d'entrée : _____

Taux d'activité : _____ %

Durée du contrat : ☐ indéterminée
☐ déterminée jusqu'au : _____

Salaire de base : horaire : Fr. _____
constant : Fr. _____
mensuel : Fr. _____

Codes professionnels

- ☐ PA Personnel administratif
- ☐ PT Patron / Chef d'entreprise / Associé
- ☐ PT Personnel technique (cadres techniques, maîtrisés, dessinateurs)
- ☐ PAP Pré-apprenti
- ☐ AP Apprenti
- ☐ ET Etudiant
- ☐ ST Stagiaire
- ☐ FM Femme de ménage
- ☐ MA Manœuvre
- ☐ CQ Charpentier qualifié
- ☐ EQ Ebéniste qualifié
- ☐ MQ Menuisier qualifié
- ☐ PQ Parqueteur qualifié
- ☐ PS Poseur de sol
- ☐ SC Scieur
- ☐ TQ Travailleur qualifié
- ☐ SQ Travailleur semi-qualifié
- ☐ VQ Vitrier qualifié

Date : _____

Timbre et signature de l'employeur : _____

Demande d'adhésion à la solution juridique du Bureau des Métiers

Raison sociale ou N° d'affilié : .....
Nom et prénom : .....
Personne de contact : .....
Rue / N° : .....
NPA / Localité : .....
Téléphone : ..... E-mail : .....
L'entreprise soussignée : est membre d'une association affiliée au Bureau des Métiers ☐
si oui, laquelle : .....

En signant le présent bulletin, l'entreprise soussignée :

- demande son adhésion au Contrat-Cadre du Bureau des Métiers conformément aux conditions générales d'assurance de protection juridique entreprises FORTUNA Complète (édition 2020) et aux conditions particulières d'assurance de protection juridique professionnelle pour les entreprises affiliées au Contrat-Cadre du Bureau des Métiers ;
- s'engage à payer dans les délais les primes annuelles ;
- prend acte et accepte que les primes annuelles sont déterminées selon le mode de calcul défini sur le site du Bureau des Métiers (www.bureaudesmetiers.ch/protectionjuridique-tarifs) ;
- prend acte que sauf avis de résiliation reçu par le Bureau des Métiers avant le 30 septembre pour la fin de l'année civile en cours, son affiliation est reconduite pour l'année civile suivante. Le Bureau des Métiers peut résilier l'affiliation aux mêmes conditions ;
- prend acte qu'il lui est conseillé de résilier tout contrat de protection juridique existant.

Les documents listés ci-dessous doivent être joints à la présente demande d'adhésion :

- *pour les personnes morales (SA et Sàrl) ne décomptant pas à la Caisse AVS MEROBA ou à une des caisses du Bureau des Métiers, le décompte AVS de l'année précédente ;*
- *pour les indépendants et/ou SNC sans employés, la, respectivement les, dernière(s) attestation(s) de revenu fiscal ;*
- *pour les indépendants et/ou SNC avec employés, le décompte AVS de l'année précédente et la, respectivement les, dernière(s) attestation(s) de revenu fiscal ;*
- *pour les entreprises qui ne sont pas affiliées au Bureau des Métiers, un extrait de l'office des poursuites et faillite.*

A remplir par l'entreprise	**A remplir par le Bureau des Métiers**
Lieu et date :	Lieu et date :
Nom(s) et prénom(s) Timbre et signature(s)	Timbre et signature *En signant le présent bulletin, le Bureau des Métiers accepte la demande d'adhésion.*

Le présent bulletin (version originale) et les documents demandés doivent être retournés à l'adresse : **Bureau des Métiers, Service des affiliations, Rue de la Dixence 20, Case postale, 1951 Sion**. L'adhésion prend effet par l'acceptation de la demande par le Bureau des Métiers ; la couverture est suspendue en cas de non-paiement de la prime 30 jours après sa réception, jusqu'à son règlement complet.

Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales. Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : Politique de confidentialité (bureaudesmetiers.ch)