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

(naturliche Person)

Ich erkläre / Wir erklären

Unseren Beitritt zum Bureau des Métiers – Arbeitgeberverbände – sowie zur Ausgleichkasse für die Alters- und Hinterlassenenversicherung MEROBA Nr. 111.2, Agentur Sitten.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Name / Vorname oder Firmenname

AHV-Nummer des Inhabers

Geburtstag des Inhabers

Beruf oder Arbeitsgebiet

Genaue Adresse des Betriebes

Privatadresse

Firmengründung (Aktivitäten)

Sind Sie im Handelsregister eingetragen ? Ja ☐ seit Nein ☐

Bei welcher Ausgleichskasse sind Sie zur Zeit angeschlossen?

Wurden bei einer Firmenänderung die Aktiven/Passiven der ehemaligen Firma übernommen ? *Ja ☐ Nein ☐

* Falls ja, Name der ehemaligen Firma

Hausangestellte ? Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen und weitere Auskünfte

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.

Angaben zur AHV an die Meroba Nr. 111.2
(dem Beitrittsgesuch beizulegen)

Tel. (beruflich) : ---------- Tel. (privat):----------

Natel : ---------- Fax:----------

E-Mail Adresse : ---------- ----------

PCK oder Bankkonto : ----------

Sind Sie einer Ausgleichskasse angeschlossen? (Wenn ja, welcher?):----------

I RECHTSFORM (bitte Zutreffendes ankreuzen)

❍ Einzelfirma ❍ Einfache Gesellschaft ❍Erbengemeinschaft
❍ Kollektivgesellschaft ❍ AG ❍ GmbH
❍ Kommanditgesellschaft ❍……

II NATÜRLICHE PERSONEN

Angaben des Arbeitgebers :

1. Name :----------
2. Vorname :----------
3. Abstammung :----------
4. Geburtsdatum :----------
5. AHV-Nr :----------
6. Herkunftsland :----------
7. Zivilstand :----------
8. Wohnsitzgemeinde :----------
9. Art des Betriebs :----------
10. Name des Ehegatten :----------
11. Geb.datum des Ehegatten :----------
12. Tätigkeit des Ehegatten :----------
13. Mädchenname d. Ehegattin: ----------

III PERSONEN- ODER KAPITALGESELLSCHAFT

14. Firmenname :----------
15. Adresse :----------
16. Wohn- oder Geschäftssitz :----------
17. Art des Betriebs :----------
18. Name/Vorname der Teilhaber :

---------- AHV-Nr. :----------

---------- AHV-Nr.: ----------

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

IV ARBEITGEBER

19. Anzahl der beschäftigten Personen:---------- seit dem : ----------

20. Seit wann : ----------

21. Geschätztes effektives Einkommen aus dieser Tätigkeit: Fr. ----------
(Einkommen des ersten Jahres)

22. Investiertes Eigenkapital: Fr. ----------

23. Landwirtschaftliches Nebeneinkommen: ❍ Ja ----------❍ Nein

24. Zeitaufwand : der unter Pkt.1 erwähnten Tätigkeit : ---------- %
: der landwirtschaft. Nebenbeschäftigung : ---------- %
: einer unselbstständigen Tätigkeit: % bei---------- :

	Antwort	Ja	Nein
25.	Besitzen Sie eigene Geschäftslokale oder mieten sie Räumlichkeiten, die über die branchenüblichen Arbeitseinrichtungen verfügen? (bei Miete: Kopie des Mietvertrags beilegen)	❑	❑
26.	Haben Sie zur Ausübung Ihrer Tätigkeit grössere Investitionen vorgenommen? (Falls ja, geben Sie die wichtigsten an und legen Sie Kopien der Belege bei) ----------	❑	❑
27.	Haften Sie für Geschäftsverluste?	❑	❑
28.	Tragen Sie das Inkassorisiko selber?	❑	❑
29.	Verfügen Sie über eine eigene Betriebsorganisation?	❑	❑
30.	Betreiben Sie eigene Werbung und unterbreiten Sie Offerten?	❑	❑
31.	Nehmen Sie regelmässig Arbeiten von Dritten an?	❑	❑
32.	Laufen die Geschäfte unter Ihrem Namen? (Wenn ja, Rechnungskopien und Lieferantenscheine beilegen)	❑	❑
33.	Obliegt Ihnen die Entscheidungsgewalt bei den Geschäften?	❑	❑
34.	Sind Sie im Handelsregister eingetragen?	❑	❑
35.	Verfügen Sie über eine eigene berufliche Haftpflichtversicherung? (wenn ja, Kopie der Versicherungspolice)	❑	❑
36.	Fallen die Geschäftskosten vollumfänglich zu Ihren Lasten?	❑	❑
37.	Beschäftigen Sie Hilfskräfte?	❑	❑
38.	Arbeiten Sie grundsätzlich im Auftrag einer bestimmten Firma?	❑	❑
Falls ja	a) geben Sie deren Firmenadresse an: ---------- ----------		
	b) besteht ein Vertrag oder eine Abmachung? (ist beizulegen)	❑	❑
	c) sind Sie Teil der Arbeitsorganisation dieser Firma?	❑	❑
	d) unterliegen Sie den Firmenrichtlinien?	❑	❑
	e) erhalten Sie Anweisungen von Ihrem Auftraggeber?	❑	❑
	❑ pro Stunde ❑ Pauschal ❑ Monatlich ❑ auf Provision		
	g) werden die Arbeiten in Ihren eigenen Geschäftslokalen ausgeführt?	❑	❑

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

VI BVG – Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

Was Ihr Personal betrifft; sind Sie einer Vorsorgeeinrichtung angeschlossen, die im Register für berufliche Vorsorge eingetragen ist? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

❑ Ja – Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung und Kopie der Beitrittsbestätigung

---

❑ Nein – weil----------

Anhang ----------

VII - FAMILIENZULAGEN

Kommen Sie für den Unterhalt von Kindern auf? ❍ ja ❍ nein

Erhalten Sie schon Familienzulagen für die Kinder? ❍ ja ❍ nein

Datum: ---------- Unterschrift:

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

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%**

Obligatorisch

BEITRITTSERKLÄRUNG
FÜR DAS BETRIEBSPERSONAL

Das unterzeichnende Unternehmen tritt der Vorpensionierungskasse des Westschweizer Ausbaugewerbes RESOR bei. Dieser Beitritt betrifft das **gesamte Betriebspersonal** des Unternehmens (Vorarbeiter und Werkmeister inbegriffen), das dem Kollektivvertrag für die vorzeitige Pensionierung im Westschweizer Ausbaugewerbe (KVP) unterstellt ist.

Selbständige Personen im Sinne von AHV oder SUVA sind nicht unterstellt und können nicht RESOR angeschlossen sein.

Die Bestimmungen des KVP bleiben vorbehalten. Das unterzeichnende Unternehmen erteilt der Kasse Prokura, um Einsitz der Unterlagen seines Unternehmens und der deklarierten Löhne bei der Schweizerischen Unfallversicherung SUVA zu nehmen.

1. Angaben über den Betrieb

Firma		Branche	
Adresse		Tel.	
		Fax	
		E-Mail	

2. Beginn des Beitritts

Genaues Datum des Beitrittsbeginns

3. Andere Bedingungen

Die Bestimmungen des Kollektivvertrag für die vorzeitige Pensionierung im Westschweizer Ausbaugewerbe (KVP) sowie das Reglement der RESOR Stiftung sind fester Bestandteil des vorliegenden Antrags und legen die Beitrittsbedingungen fest. Diese Dokumente können auf der Internetseite der Sitzung unter www.resor.ch eingesehen werden.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

KLICKEN SIE HIER, um die Adresse der kantonalen RESOR-Inkassostelle zu finden, an welche Sie das Formular senden müssen

BUREAU METIERS

RESOR

Caisse de retraite anticipée du second œuvre romand
Vorpensionierungskasse des westschweizer Ausbaugewerbes
Cassa di pensionamento anticipato dei rami affini romandi

Fakultativ

BEITRITTSERKLÄRUNG
FÜR DAS TECHNISCHE- UND VERWALTUNGSPERSONAL

Das unterzeichnende Unternehmen stellt ein Beitrittsgesuch an die Kasse für die vorzeitige Pensionierung im Westschweizer Ausbaugewerbe RESOR für sein **GESAMTES Technisches- und Verwaltungspersonal**, das dem Kollektivvertrag für die vorzeitige Pensionierung im Westschweizer Ausbaugewerbe (KVP) nicht unterstellt ist. Dieser Beitritt zieht den Beitritt des GESAMTEN Personals des Unternehmen mit sich, leitende Angestellte und Arbeitgeber, die von einer AG oder einer GmbH einen Lohn beziehen mit eingeschlossen.

Selbständige Personen im Sinne von AHV oder SUVA sind nicht unterstellt und können nicht RESOR angeschlossen sein.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des Gesamtarbeitsvertrages. Die unterzeichnende Firma erteilt der Kasse Vollmacht zur Einsichtnahme ihrer Unterlagen und der deklarierten Löhne des Unternehmens bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA).

1. Angaben über den Betrieb

Firma		Branche	
Adresse		Tel.	
		Fax	
		E-Mail	

2. Beginn des Beitritts

Genaues Datum des Beitrittbeginns

Unter Vorbehalt der Annahme durch die RESOR Stiftung

Der vorliegende Beitritt tritt an unten- genanntes Datum in Kraft und dauert 10 Jahre. Nach Ablauf dieser Frist, erneuert er sich still schweigend von Jahr zu Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung 6 Monate im Voraus auf Ende eines Kalenderjahrs durch eingeschriebenen Brief erfolgt.

3. Bedingungen

Nebst oben- erwähnten Punkten müssen ebenfalls folgende Bedingungen eingehalten werden:

- In den Kantonen, in denen es eine paritätische Pensionskasse gibt, die aus den KVP unterzeichnenden Berufsverbänden besteht müssen die Unternehmen, die ihr Technisches- und Verwaltungspersonal RESOR unterstellen möchten, bei dieser paritätischen Pensionskasse Beiträge für die 2. Säule entrichten.
  Wenn es im Kanton, wo das Unternehmen ansässig ist, keine berufliche paritätische Pensionskasse gibt, kann die kantonale Inkassostelle andere Bedingungen stellen, die den ordentlichen Anschlussbedingungen in diesem Kanton entsprechen (zum Beispiel: Entrichtung des Berufsbeitrags).
- Die Mehrheit des Personals des Unternehmens ist dem KVP unterstellt.

Die Bestimmungen des Kollektivvertrags für die vorzeitige Pensionierung im Westschweizer Ausbaugewerbe (KVP) sowie das Reglement der RESOR Stiftung kommen zur Anwendung. Diese Dokumente sind fester Bestandteil des vorliegenden Gesuchs und können auf der Internetseite der Stiftung unter www.resor.ch eingesehen werden.

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift

KLICKEN SIE HIER, um die Adresse der kantonalen RESOR-Inkassostelle zu finden, an welche Sie das Formular senden müssen

BUREAU METIERS

Beilage : Liste des GESAMTEN Personals des Unternehmens.

MALER- UND GIPSERGEWERBE DES KANTONS WALLIS

(Ferienkasse und Kasse für Militärdienst sowie für Entschädigungen bei berechtigten Absenzen)

BEITRITTSERKLÄRUNG

Die unterzeichnete Firma erklärt hiermit ihren Beitritt zu den Sozialkassen des Maler- und Gipsergewerbes des Kantons Wallis und bevollmächtigt den Verwalter der Kasse unter Einräumung des Substitutionsrechts zur Einsichtnahme der Unterlagen des Unternehmens und zur Kenntnisnahme der bei der SUVA deklarierten Löhne.

Mit dem Anschluss erklärt sich das Unternehmen mit dem Inkasso- und Abrechnungssystem des Bureau des Métiers (eine einzige 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.

Zu versicherndes Personal:

☒ gesamtes Betriebspersonal des Unternehmens (dem GAV unterstellt)
☐ gesamtes administratives und technisches Personal des Unternehmens (nicht dem GAV unterstellt)

Künftig werden die Ferienentschädigungen automatisch bei Erhalt der Lohnabrechnung nach dem unten angekreuzten Modus überwiesen.

Wahl	Betroffene Lohnperioden:		Die Zahlung auslösende Lohnabrechnung:	Für die Zahlung vorgesehene(r) Monat(e): *	Bitte kreuzen Sie Ihre Wahl an:
1	Januar bis Juni	→	Juni	Juli	
	Juli bis Dezember	→	Dezember	Januar	
2	Dezember bis Juni	→	Juni	Juli	
	Juli bis November	→	November	Dezember	
3	Januar bis Dezember	→	Dezember	Januar	

* Sofern wir über die erforderlichen Unterlagen und Angaben verfügen.
Ohne Angabe Ihrerseits werden *Wahl 1* und *Zahlung an den Arbeitgeber* angewandt.

Wählen Sie unter den untenstehenden Zahlungsmöglichkeiten eine aus: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

☐ Arbeitnehmer ☐ Arbeitgeber ☐ Gutschrift

Der Beitritt tritt zum Zeitpunkt der Unterzeichnung und für eine Dauer von einem Jahr in Kraft. Sofern die Beitrittserklärung nicht per Einschreiben unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres hin gekündigt wird, bleibt die Beitrittserklärung nach Ablauf dieser Dauer stillschweigend jeweils für ein weiteres Jahr in Kraft.

Firmenname : .....

Adresse : ....

.....

.....

Genauer Beginn Ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit (exaktes Datum der Firmeneröffnung oder der Betriebsübernahme): .....

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

MELDEFORMULAR

Malerei - Gipserei

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
- ☐ PE Maler mit EFZ
- ☐ PL Gipser mit EFZ
- ☐ PP Maler und Gipser mit EFZ

Lohnklassen (art. 18)

PE	☐	☐	W	☐☐	☐☐	B	☐	C
PL	☐	☐	W	☐☐	☐☐	B	☐	C
PP	☐	☐	W	☐☐	☐☐	B	☐	C

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.*