

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

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 AHV MEROBA 111.2 ebenfalls als Repräsentantin der verschiedenen sozialen Einrichtungen, denen es einzeln beigetreten ist, darunter insbesondere die Inkassostelle. Es erklärt sich damit einverstanden, dass die Einrichtungen im Rahmen einer globalen Betreuung für sämtliche ausstehenden Sozialversicherungsbeiträge gemeinsam ein Konkursverfahren einleiten können. Vorbehalten bleibt die in der AHV-Gesetzgebung vorgesehene Betreuung 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/geschäftsbedingungen>.

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.

Angaben zum Unternehmen

Firmenname

Adresse

Ort und Datum:

.....

Firmenstempel und Unterschrift:

.....

BUREAU DES METIERS
« Arbeitgeberverbände »
AHV Ausgleichskasse Nr. 111.2
BEITRITTSERKLÄRUNG
(natürliche Person)

Ich erkläre / Wir erklären

Unseren Beitritt zum Bureau des Métiers – Arbeitgeberverbände – sowie zur Ausgleichskasse 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

Genauere 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 Schuldanererkennung 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)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Einzelfirma | <input type="radio"/> Einfache Gesellschaft | <input type="radio"/> Erbengemeinschaft |
| <input type="radio"/> Kollektivgesellschaft | <input type="radio"/> AG | <input type="radio"/> GmbH |
| <input type="radio"/> Kommanditgesellschaft | <input type="radio"/> | |

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:



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 Schuldanererkennung im Sinne von Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs gelten und akzeptiert dies.

1. Angaben zum Unternehmen

Name / Firmenname :

Adresse :

2. Beitrittsdatum

Genaueres Beitrittsdatum:

Einverständniserklärung

Durch die Rücksendung dieses Dokuments erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit ihrer Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung meines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden.

Unsere Datenschutzpolitik ist auf unserer Website einsehbar: www.afbm.ch.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

.....

.....



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	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>

2. Beitrittsdatum

Genaueres 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. Wartezeit

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.

Einverständniserklärung

Durch die Rücksendung dieses Dokuments erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit ihrer Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung meines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden.

Unsere Datenschutzpolitik ist auf unserer Website einsehbar.

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



Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

.....

.....

BEITRITTSERKLÄRUNG

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 verpflichtet sich, dem Bureau des Métiers regelmässig die Lohnabrechnungen zuzustellen; dies gilt als Anerkennung der Forderung im Sinne von Art. 82 SchKG.

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%	100%		50%	100%		50%	100%	
		AG		AG		AG		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.

Einverständniserklärung

Durch die Rücksendung dieses Dokuments erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit ihrer Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung meines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden.

Unsere Datenschutzpolitik ist auf unserer Website einsehbar: www.capav.ch.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:



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%
18 - 24 Jahre	5.00%	7.50%	5.00%	7.50%
25 - 34 Jahre	5.00%	7.50%	5.00%	7.50%
35 - 44 Jahre	7.10%	9.60%	7.10%	9.60%
45 - 54 Jahre	10.70%	13.20%	10.70%	13.20%
55 - 65 Jahre	12.80%	15.30%	12.80%	15.30%
			Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%
			6.50%	9.00%
			6.50%	9.00%
			8.50%	11.00%
			11.50%	14.00%
			13.50%	16.00%
				18.00%
				18.00%
				18.00%
				18.00%

Finanzierung				
	Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%	Basis	zusätzliche Altersgutschrift +2.5%
		50% AG 50% AN	zu Lasten AG	50% AG 50% AN
Arbeitgeberanteil (AG)	5.75%	7.00%	8.25%	6.25%
Arbeitnehmeranteil (AN)	5.75%	7.00%	5.75%	6.25%
	5.75%	7.00%	6.25%	7.50%
	5.75%	7.00%	6.25%	8.75%
	8.50%	9.75%	11.00%	6.50%
	8.50%	9.75%	7.75%	6.50%
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 : _____

Firmenname : _____

Vorname : _____

Beruf : _____

Adresse : _____

Eintrittsdatum : _____

PLZ/Ort : _____

Beschäftigungsgrad : _____ %

Tel.-Nr. : _____

Vertragslaufzeit : unbefristet
 befristet bis zum : _____

Nationalität : _____

Vertragslaufzeit : pro Stunde : Fr. _____

Zivilstand : _____

konstanter Lohn : Fr. _____

Geburtsdatum : _____

pro Monat : Fr. _____

Aufenthaltserlaubnis : _____

IBAN Nr. : _____

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 Aufnahme 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, welchem?

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Formulars

- beantragt das unterzeichnende Unternehmen 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;
- verpflichtet es sich, die jeweilige Jahresprämie fristgemäss zu zahlen;
- nimmt es zur Kenntnis und willigt ein, dass die Jahresprämien nach dem auf der Website des Bureau des Métiers definierten Berechnungsmodus festgelegt werden (www.bureaudesmetiers.ch/rechtsschutz-tarife);
- nimmt es 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;
- nimmt es zur Kenntnis, dass ihm empfohlen wird, alle bestehenden Rechtsschutzverträge zu kündigen.

Folgende Unterlagen müssen dem Aufnahmeantrag beigelegt 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 sind, müssen einen Auszug vom Betreibungs und Konkursamt beilegen.*

Durch das Unternehmen auszufüllen

Ort und Datum

Name(n) und Vorname(n)

Firmenstempel und Unterschrift(en)

Durch das Bureau des Métiers auszufüllen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

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

Das vorliegende Antragsformular und die verlangten Unterlagen müssen an folgende Adresse retourniert werden: **Bureau des Métiers, Beitrittsabteilung, Rue de la Dixence 20, Postfach, 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.

Durch die Rücksendung dieses Dokuments erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit ihrer Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung meines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden. Unsere Datenschutzpolitik ist auf unserer Website einsehbar: [Datenschutzbestimmungen \(bureaudesmetiers.ch\)](http://Datenschutzbestimmungen(bureaudesmetiers.ch)