

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

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 :

.....

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)

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Raison individuelle | <input type="radio"/> Société simple | <input type="radio"/> Hoirie |
| <input type="radio"/> Société en nom collectif | <input type="radio"/> Société anonyme | <input type="radio"/> Sàrl |
| <input type="radio"/> Société en commandite | <input type="radio"/> | |

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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Avez-vous opéré des investissements importants en relation avec votre activité ? (Si oui, indiquer les plus importants et annexer les copies de justificatifs)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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-ils déjà d'allocations familiales ? oui non

Date : -----

Signature : -----



DECLARATION D'ADHESION entreprise

L'entreprise (indépendant et/ou employeur) soussignée déclare vouloir adhérer à la caisse d'allocations familiales MEROBA-VS. 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 :

.....

.....



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	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

2. Début de l'affiliation

Date exacte du début de l'affiliation	<input type="text"/>
---------------------------------------	----------------------

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 :

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 (CAV). 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 changement de raison sociale
 nouvelle affiliation d'une entreprise existante 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 CAV 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%	100% empl.		50%	100% empl.		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 CAV 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 CAV**. 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.



PLANS DE PREVOYANCE CAPAV

STANDARD	PLUS	OPTIMAL	SUPER
-----------------	-------------	----------------	--------------

Salaire assuré	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS
-----------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Prestations d'invalidité	30.00%	40.00%	50.00%	50.00%
Rente d'invalidité	5%	5%	5%	5%
Rente d'enfant d'invalidité	24 mois	24 mois	24 mois	24 mois
- délai d'attente	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois
- lib. du service des primes				

Prestations de survivants	20.00%	30.00%	40.00%	40.00%
Rente de veuve/veuf	5%	5%	5%	5%
Rente d'orphelin	avoir de vieillesse acquis	avoir de vieillesse acquis	avoir de vieillesse acquis	avoir de vieillesse acquis
Capital décès				

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

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

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%

FICHE D'ANNONCE

Nettoyage

No AVS :

7	5	6									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No entreprise :

				0	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Nom : _____

Nom entreprise : _____

Prénom : _____

Profession travailleur : _____

Adresse : _____

Date d'entrée : _____

NPA / Localité : _____

Taux d'activité : _____ %

No de tél. : _____

Durée du contrat : indéterminée
 déterminée jusqu'au : _____

Nationalité : _____

Salaire de base : horaire : Fr. _____

Etat civil : _____

constant : Fr. _____

Date de naissance : _____

mensuel : Fr. _____

Permis de séjour : _____

N° IBAN : _____

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

- AG Agent de propreté
- AE Agent d'exploitation
- CE Chef d'équipe
- MA Manœuvre
- TD Travailleur débutant
- TQ Travailleur qualifié
- TR Travailleur remplaçant
- T4 Travailleur sans qualif. ayant 4 ans dans la branche

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

Lieu et date :

Nom(s) et prénom(s)

Timbre et signature(s)

A remplir par le Bureau des Métiers

Lieu et date :

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 \(bureaudesmetiers.ch\)](http://www.bureaudesmetiers.ch)