



## Bulletin d'adhésion pour personnel de maison

Le (la) soussigné(e) demande son adhésion  
à la **Fédération Patronale et Economique à Bulle**, comme membre individuel

**Aperçu de quelques services dont vous pouvez bénéficier en tant que membre FPE** (liste complète sur [notre site](#)) :

- Le **service juridique** propose aide et assistance dans le domaine du droit du travail
- Le **service RH** vous soutient lors de recrutements et vous apporte des conseils en gestion de personnel
- Le **service e-salaire** met à disposition un logiciel de traitement des salaires via un accès sécurisé, 24h/24h et 7j/7j
- Le **service de communication** vous tient informés à travers des newsletters et un journal (interface)

Conformément à la loi sur l'AVS (art. 64, al. 1), l'adhésion à la Fédération Patronale et Economique implique l'affiliation à la **CAISSE INTERPROFESSIONNELLE D'AVS DE LA FÉDÉRATION DES ENTREPRISES ROMANDES, Agence FER CIGA à Bulle** pour les régimes d'assurances **obligatoires** suivants :

- Assurance-vieillesse et survivants (AVS), Assurance-invalidité (AI), Allocations aux militaires, maternité et paternité (APG) et Assurance chômage (AC)
- Allocations familiales (AF)

**Nos services complémentaires** (à cocher pour recevoir une offre ou l'accès aux e-services)

- Indemnité journalière en cas de maladie
- Assurance accident LAA / Complémentaire LAA

groupe **mutuel**

- Les e-Services** : un espace de gestion qui vous permet d'avoir une vue d'ensemble de votre effectif et d'effectuer les mutations relatives à l'AVS. Accessible 24/24h et 7/7j, en toute confidentialité et gratuitement.

### Données de l'employeur

Nom :	Prénom :
Adresse de domicile :	
Adresse de courrier :	

### Contacts

Nom de la personne de contact :
N° de téléphone :
E-Mail :

### Coordonnées bancaires/postales

Nom de la banque/poste :
Lieu :
N° IBAN : CH

### Personnel de maison

Depuis quelle date employez-vous du personnel ?
Quelle est l'estimation de votre masse salariale brute annuelle ? Fr.

**Annonce de vos collaborateurs** (si les cases ne sont pas suffisantes, veuillez joindre la liste de vos collaborateurs en annexe)

Nom	Prénom	N°AVS ou date de naissance	Date d'engagement

## Indemnité journalière en cas de maladie

Souhaitez-vous recevoir une offre de notre part (en partenariat avec le Groupe Mutuel) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

## Questionnaire assurance accidents obligatoire

Après de quel assureur LAA les employés sont-ils affiliés ?	
Adresse de l'assureur :	Numéro de police :
Souhaitez-vous recevoir une offre de notre part (en partenariat avec le Groupe Mutuel) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Questionnaire prévoyance professionnelle / 2<sup>ème</sup> pilier (LPP)

Le personnel est-il affilié auprès d'une institution de prévoyance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom et adresse de l'institution : <b>Dès réception, nous transmettre impérativement une attestation de votre institution LPP</b>
Si non pour quel motif : <input type="checkbox"/> Leur salaire est inférieur au salaire minimal LPP <input type="checkbox"/> Les salariés sont engagés pour une durée inférieure à 3 mois <input type="checkbox"/> Il s'agit d'activités accessoires pour les employés, qui sont déjà assujettis à la LPP dans le cadre de leur activité principale

Lieu et date \_\_\_\_\_

Timbre et signature \_\_\_\_\_

Réservé à la Caisse			