

## Questionnaire d'affiliation pour immeubles et propriétés par étage

Immeuble / propriété par étage : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

### 1. Adresses

#### Propriétaire

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Rue / No. : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Administration (si différent du propriétaire)

Nom / Firme : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Rue / No. : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Adresse de remboursement

CCP : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

Banque : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

### 2. Données générales

Adresse de l'ancienne administration : \_\_\_\_\_

Quand l'immeuble/propriété par étage a-t-il été repris / acheté / fondé : \_\_\_\_\_

Occupez-vous du personnel? ☐ Oui ☐ Non Nombre : \_\_\_\_\_

Somme de salaire annuelle estimée pour votre personnel: CHF \_\_\_\_\_

Est-ce que ces salaires ont déjà été décomptés auprès d'une autre caisse de compensation? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, auprès de quelle caisse: \_\_\_\_\_

### 3. Institution de prévoyance LPP (2ème pilier)

Votre personnel est-il affilié auprès d'une institution de prévoyance reconnue LPP? ☐ Oui ☐ Non

Si oui – auprès de quelle institution de prévoyance ? Veuillez joindre la copie du contrat LPP

Nom de l'institution de prévoyance : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA et lieu : \_\_\_\_\_

### 4. Assurance accident (LAA)

Avez-vous assuré vos employés auprès d'une société d'assurance contre les accidents ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui – auprès de quelle société d'assurance ? (Nom de la société d'assurance) \_\_\_\_\_

Adresse, NPA et lieu : \_\_\_\_\_

**Si vous êtes déjà affilié auprès d'une caisse de compensation, veuillez nous remettre une attestation de votre caisse.**

**Chaque changement d'administration ou de propriétaire doit nous être expressément annoncé.**

Lieu / Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_