

## 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:

Date: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## Institution de prévoyance LPP (2<sup>ème</sup> 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: \_\_\_\_\_

## 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_