



# FPE - CIGA

Fédération Patronale  
et Économique

## Questionnaire pour immeubles

### Radiation / Changement de régie

Radiation       Changement de régie

dès le :

Autres :

Nom de l'immeuble :

Numéro d'affilié :

Lieu et date

Timbre et signature

### Bulletin d'adhésion (nouvel immeuble)

Le (la) soussigné(e) demande son adhésion

à la **Fédération Patronale et Economique à Bulle**, comme membre individuel

Conformément à la loi sur l'AVS (*art. 64, al. 1*), cette adhésion implique l'affiliation à la  
**CAISSE INTERPROFESSIONNELLE D'AVS DE LA FÉDÉRATION DES ENTREPRISES ROMANDES**  
**Agence FER CIGA – BULLE**

(assurance-vieillesse et survivants – assurance invalidité – allocations aux militaires, maternité et paternité – assurance-chômage)

Il/elle adhère en outre

- à la **Caisse régionale interprofessionnelle d'allocations familiales** (CRICAF)
- à la **Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle** (CIEPP) – 2<sup>e</sup> pilier obligatoire
- à l'**assurance-maladie et accidents collective**
- à l'**assurance-accidents LAA**

### Désignation

Nom de l'immeuble

Adresse de l'immeuble

Nom de la régie

Adresse administrative

#### Contacts

Personne de contact

Téléphone

E-mail

#### Coordonnées bancaires/postales

Nom Banque

Lieu

No IBAN CH

### Renseignements d'ordre économique

Immeuble géré depuis le

Nom de la précédente régie

L'immeuble occupe-t-il du personnel ?

Si oui, dès le ?

Masse salariale annuelle ? Fr.

Nombre d'employés au total

## Annnonce du personnel soumis à l'AVS

Nom et prénom	N°AVS	Date de naissance	Date d'engagement

*Si l'employé(e) ne possède pas de certificat d'assurance AVS/AI, il y a lieu de compléter une demande de certificat d'assurance.*

## Questionnaire assurance-accidents obligatoire

Auprès de quel assureur LAA le personnel de l'immeuble est-il affilié ?

Nom et adresse de l'assureur :

Numéro de police :

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

Le personnel de l'immeuble est-il affilié auprès d'une institution de prévoyance professionnelle ?

Oui

Non

**Si oui :**

Nom et adresse de l'institution :

**Joindre impérativement une attestation de votre institution LPP**

**Si non :**

*Motif :*

Leur salaire est inférieur au salaire minimal LPP

Les salariés sont engagés pour une durée inférieure à 3 mois

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		