



P.P. CH-2010 Neuchâtel, OFS/BEVO

Prévoyance professionnelle

Statistique des caisses de pensions 2022

Enquête sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité

Le jour ou l'année de référence (exercice comptable)
pour cette enquête est le 31 décembre 2022 ou l'année 2022

Renseignements:

Tél. 0800 86 42 10 (numéro gratuit)/fax 058 463 66 88
pkstat@bfs.admin.ch

ID utilisateur:
Mot de passe:
IDE:
www.esurvey.admin.ch/enepeka

Fonds de bienfaisance sans assurés ayant des droits réglementés, fondations de financement, institutions de prévoyance gelées ou sur le point de cesser leurs activités, caisses de retraite anticipée et caisses fermées pour rentiers

Mesdames, Messieurs,

Cette année, dans le cadre de l'enquête partielle, votre institution de prévoyance ne doit pas fournir de données détaillées. Pour actualiser notre registre d'adresses et compléter nos résultats, nous vous saurions gré de préciser certains points. Nous avons besoin de connaître tout éventuel changement d'adresse ou correction de statut ainsi que le total du bilan de votre institution de prévoyance.

L'adresse inscrite ci-dessus **est-elle correcte**? En cas d'inexactitude, merci d'inscrire l'adresse correcte au verso.

Contactez notre hotline si votre institution de prévoyance:

- a des **assurés actifs** et est soumise à la **loi sur le libre passage**, c'est-à-dire qu'elle encaisse des cotisations et verse des prestations réglementaires;
- se trouve en liquidation et n'avait plus **aucune fortune** au 31.12.2022.

Si votre institution a déjà été liquidée, merci de joindre une copie de la **décision de radiation** délivrée par l'**autorité de surveillance**.

Total du bilan au 31.12.2022

(ou à la fin de l'exercice 2022), **en milliers de francs:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Veuillez nous **renvoyer** ce formulaire, au moyen de l'enveloppe-réponse ci-jointe, dès que possible ou au plus tard le **30 juin 2023**.

Nous vous remercions d'avance de votre précieuse collaboration.

Téléphone:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Collaborateur/-trice spécialiste en charge du dossier:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu et date:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le/la soussigné(e) confirme l'exactitude de toutes les données fournies dans le questionnaire (signature):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Remarques (y compris changement d'adresse) 

