

## Affiliazione: persona giuridica

### 1 Dati concernente l'impresa

Nome dell'impresa		Numero IDI CHE-	
Data dell'iscrizione al registro di commercio (si prega di allegare una copia dell'iscrizione)		Settore / Ramo professionale	
<b>Forma giuridica</b> <input type="checkbox"/> Società anonima (SA) <input type="checkbox"/> Società a garanzia limitata (Sagl) <input type="checkbox"/> Società cooperativa <input type="checkbox"/> Società in accomandita per azioni <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Fondazione <input type="checkbox"/> _____		<b>Si tratta di una nuova fondazione?</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se <u>sì</u> : a quale data? _____	
		<b>Si tratta di una trasformazione?</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se <u>sì</u> : a quale data? _____	
<b>Si tratta di una filiale o succursale?</b> <input type="checkbox"/> sì → n. di conteggio della sede principale?		<input type="checkbox"/> no	
<b>Se <u>sì</u>: Desidera un conteggio unico tramite la sede principale?</b> <input type="checkbox"/> sì		<input type="checkbox"/> no	
<b>L'impresa è già affiliata ad una cassa di compensazione?</b> <input type="checkbox"/> sì → presso quale?		<input type="checkbox"/> no	

### 2 Indirizzo aziendale

Aggiunta all'indirizzo (per es. 'c/o ...')		Via	
Casella postale		NAP	Luogo
E-mail		Sito web	
Telefono		Fax	

#### Persona di contatto

Cognome	Nome
E-mail	Linea diretta

### Filiale / succursale

Esistono filiali o succursali?

sì  no

Se sì: Desidera un conteggio unico tramite la sede principale?

sì  no

Indirizzo della filiale o succursale

dal

Indirizzo di un'altra filiale o succursale

dal

### 3 Sede legale dell'impresa (se non corrisponde all'indirizzo aziendale)

Aggiunta all'indirizzo (per es. 'c/o ...')

Via

Casella postale

NAP

Luogo

E-mail

Telefono

### 4 Corrispondenza

Lingua di corrispondenza

italiano

tedesco

francese

Indirizzo di recapito

indirizzo commerciale

indirizzo della sede legale

indirizzo del mandatario

In caso d'invio della corrispondenza al mandatario:

Cognome/nome del mandatario

Via

Casella postale

NAP

Luogo

Telefono

Fax

E-mail

### 5 Collegamento per versamenti

Questi dati verranno usati in caso di rimborsi di contributi pagati in eccesso.

Numero IBAN (21 cifre)

Titolare del conto (in caso di una terza persona)

Cognome/nome

Indirizzo

## 6 Indicazioni sull'appartenenza ad un'associazione professionale

Se l'**impresa** o i fondatori della persona giuridica sono **membri di una delle associazioni seguenti**, La preghiamo di iscrivere nella rubrica rispettiva la data d'adesione e il numero di membro del primo membro.

Associazione professionale	Data d'adesione	Numero di membro
FMH Federazione dei medici svizzeri		
SSO Società svizzera di odontologia		
GST Società dei veterinari svizzeri		
ChiroSuisse / SCG Associazione svizzera dei chiropratici		
non associato/a	–	–

Se il primo fondatore **ancora non è accolto definitivamente** come membro di un'associazione, è pregato di allegare una copia della domanda d'adesione.

**Se occupa dipendenti, La preghiamo di compilare le cifre dal 7 al 9.**

## 7 Dipendenti

Sono considerati tali apprendisti, aiuti temporanei, dipendenti a tempo parziale e personale di pulizia.

	Cognome, nome	Numero d'assicurato AVS	Data di nascita
1		756.	
2		756.	
3		756.	
4		756.	
5		756.	
6		756.	
7		756.	
8		756.	

Se un dipendente lavora in una filiale o succursale, è pregato di mettere „**filiale**“ dopo il cognome/nome. Si prega di elencare dipendenti supplementari sotto la cifra 11 (osservazioni).

Salari sottoposti all'AVS dal (data)

Somma salariale presunta  
(dall'inizio dei pagamenti dei salari fino a fine anno)

La somma salariale è di base per il calcolo dei contributi d'acconto. **Variazioni rilevanti** dell'ammontare complessivo dei salari devono essere comunicate immediatamente ([www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Moduli > Adeguamento somma dei salari).

Se l'impresa impiega dipendenti che esercitano **anche un'attività lucrativa all'estero**, è pregato di compilare il „Questionario per attività lavorative Svizzera/estero“ ([www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Affiliazione / Cessazione attività).

## 8 Previdenza professionale

L'impresa è affiliata ad un istituto di previdenza professionale registrata per i suoi dipendenti?

sì  no  affiliazione in corso

► Se sì:

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza

Numero della polizza (se non è affiliato alla PAT BVG, si prega di allegare una **copia del contratto di affiliazione**).

► Se no:

Motivo d'esenzione (sono ammesse più risposte):

- Lo stipendio di ciascun dipendente non supera il limite d'entrata LPP (CHF 22'680.00 annui oppure CHF 1'890.00 mensili).
- Contratti di lavoro di una durata limitata a tre mesi al massimo.
- I dipendenti svolgono l'attività a titolo accessorio (per es. esercitano un'attività lucrativa indipendente a titolo principale).
- I dipendenti sono considerati invalidi al 70 % ai sensi dell'AI.
- I dipendenti non esercitano continuamente l'attività lucrativa in Svizzera (esentati da parte della fondazione di previdenza).

Desidera delle informazioni concernente la "Fondazione per la previdenza del personale dei medici e veterinari (PAT BVG)"?

- sì     no

## 9 Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni

L'impresa è affiliata ad un'assicurazione contro gli infortuni per i suoi dipendenti?

- sì     no     affiliazione in corso

► Se sì:

Nome e indirizzo della società di assicurazione

Numero della polizza

► Se no:

Motivo:

## 10 Documenti da allegare

La preghiamo di allegare i seguenti documenti al suo questionario:

- Copia del registro di commercio (cfr. cifra 1)
- Copia del contratto di affiliazione LPP (cfr. cifra 8)
- 

## 11 Osservazioni

## 12 Conferma

Luogo e data

Firma