

Affiliation: associé d'une société de personnes

1 Données personnelles de l'associé

Numéro IDE CHE-			
Nom de famille	Prénom		
Date de naissance	Numéro d'assuré AVS 756.		
Titre <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Titre professionnel		
Etat civil actuel <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e légalement <input type="checkbox"/> divorcé/e depuis	<input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> partenariat dissous		Nationalité
Nom et adresse commerciale de la société de personnes			
n° de décompte de la société de personnes (si disponible)			

2 Données personnelles du conjoint ou du partenaire enregistré

Nom de famille	Prénom		
Date de naissance	Numéro d'assuré AVS 756.		
Titre <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Titre professionnel		
Nationalité			

3 Adresse du domicile privé

Rue	Case postale	
NPA	Lieu	E-mail
Téléphone	Mobile	

4 Correspondance

Langue de correspondance

français

allemand

italien

Adresse de correspondance

adresse du domicile

adresse commerciale

adresse du représentant

Au cas où vous souhaiteriez l'envoi de votre correspondance à l'adresse de votre représentant:

Nom du représentant

Rue

Case postale

NPA

Lieu

Téléphone

Fax

E-mail

5 Coordonnées de paiement

Informations pour effectuer le remboursement de cotisations éventuellement payées en trop.

Numéro IBAN (21 positions)

Titulaire du compte (en cas de tierce personne)

Nom

Adresse

6 Indications concernant l'activité lucrative indépendante

Domaine de spécialisation

Nous vous prions de décrire votre activité lucrative indépendante et de nous envoyer les copies des éventuels contrats de collaboration.

Indépendant depuis/à partir de

Activité indépendante

à titre principal

à titre accessoire

Également employé comme salarié

non

activité principale a. accessoire

Nom et adresse de l'employeur

Êtes-vous déjà affilié à un caisse de compensation comme indépendant?

oui

non

Si oui: auprès de quelle caisse de compensation et depuis quand?

Exercez-vous une activité lucrative en dehors de la Suisse?

oui*

non

* Si oui: Nous vous prions de remplir le «Questionnaire: activités professionnelles Suisse/étranger». Le formulaire peut être téléchargé sur notre site www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation activité ou demandé par e-mail.

7 Revenu de l'activité lucrative indépendante et capital propre

A combien estimez-vous votre revenu provenant de l'activité (après déduction des frais généraux)?

Revenu estimé de l'activité lucrative indépendante	Période (du – au)
--	-------------------

Capital propre investi dans l'entreprise
--

8 Indications concernant l'affiliation à une association professionnelle

Si vous êtes **membre d'une des associations suivantes**, nous vous prions d'inscrire la date d'adhésion et le numéro de membre dans la rubrique respective.

Association professionnelle	Date d'adhésion	Numéro de membre
FMH Fédération des médecins suisses		
SSO Société suisse d'odontologie		
GST Société des vétérinaires suisses		
ChiroSuisse / SCG Association Suisse des Chiropraticiens		
pas associé/e	–	–

Au cas où votre **demande** serait **en cours**, nous vous prions de nous envoyer une **copie de votre demande d'affiliation**.

Si vous occupez des salariés, nous vous prions de répondre aux points 9 à 12.

9 Propres salariés outre de la société de personnes

Si vous occupez propres **salariés outre de la société de personnes**, nous vous prions de remplir le formulaire **«Première annonce de salariés»**. Le formulaire peut être téléchargé sur notre site www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation activité ou demandé par e-mail.

10 Salariés de travail domestique

Personnel supplémentaire soumis à l'AVS occupé **uniquement au domicile privé**:

	Nom, prénom	Numéro d'assuré AVS	Date de naissance
1		756.	
2		756.	
3		756.	
4		756.	
5		756.	

Salaires soumis à l'AVS dès (date)	Somme salariale présumée soumise à l'AVS (dès début du paiement des salaires jusqu'à fin de l'année)
------------------------------------	---

Etes-vous déjà affilié/e à une caisse de compensation pour vos salariés de travail domestique?

oui non → *medisuisse* ouvrira un compte employeur séparé.

11 Prévoyance professionnelle

Êtes-vous affilié/e à une institution de prévoyance professionnelle pour vos salariés?

oui non affiliation en cours

► Si oui:

Nom et adresse de l'institution de prévoyance professionnelle

Numéro du contrat (si vous n'êtes pas affilié à PAT BVG, veuillez joindre une **copie du contrat d'affiliation**)

► Si non:

Motif d'exonération (plusieurs réponses possibles):

- Le salaire d'aucun salarié ne dépasse la limite d'adhésion LPP (22'680.00 francs par an resp. 1'890.00 francs par mois).
- Les contrats de travail d'une durée limitée ne dépassant pas trois mois.
- Les salariés exercent uniquement une activité accessoire (p.ex. ils exercent une activité lucrative indépendante à titre principal).
- Les salariés sont invalides au sens de l'AI, à raison de 70 % au moins.
- Les salariés n'exercent pas l'activité lucrative pour une période durable en Suisse (exonération par l'institution de prévoyance).

Désirez-vous des informations concernant l'adhésion à la Fondation de prévoyance du personnel des médecins et vétérinaires (PAT BVG)?

oui non

12 Assurance-accidents obligatoire

Disposez-vous d'une assurance-accidents pour vos employés?

oui non affiliation en cours

► Si oui:

Nom et adresse de la société d'assurance

Numéro de la police

► Si non:

Motif:

Divers

13 Annexes

Nous vous prions de joindre les documents suivants à votre questionnaire:

- Copie des contrats de coopération (cf. point 6)
- Copie de la demande d'adhésion à l'association professionnelle (cf. point 8)
- Copie du contrat d'affiliation LPP (cf. point 11)
-
-

14 Observations

--

15 Confirmation

Lieu et date

Signature