

Affiliazione: società di persone

1 Dati concernente la società

| | | |
|---|---|--------------------|
| Nome della società | | |
| Data iscrizione al registro di commercio | Senza iscrizione: data della fondazione | Numero IDI CHE- |
| Forma giuridica <input type="checkbox"/> Società semplice <input type="checkbox"/> Società in nome collettivo <input type="checkbox"/> Società in accomandita <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Settore / Ramo professionale | | |
| La società è già affiliata a una cassa di compensazione? <input type="checkbox"/> sì → presso quale? _____ <input type="checkbox"/> no | | |

2 Soci

| | Socio 1 | Socio 2 | Socio 3 |
|---|---------|---------|---------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Data di nascita | | | |
| Numero d'assicurato AVS | 756. | 756. | 756. |
| Indirizzo privato: | | | |
| – via, n. | | | |
| – NAP, luogo | | | |
| In caso di affiliazione come indipendente presso un'altra cassa di compensazione: | | | |
| – presso quale? | | | |
| – n. di conteggio | | | |

Soci supplementari possono essere indicati sotto la cifra 10 (osservazione) o su un foglio separato.

I soci che non sono affiliati come indipendenti presso la *medisuisse* o presso un'altra cassa di compensazione devono compilare il questionario "Affiliazione: socio di una società di persone" e inoltrarlo insieme al presente modulo. Il questionario si trova sul sito www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività oppure lo si può richiedere tramite e-mail.

3 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

4 Corrispondenza

Lingua di corrispondenza

italiano

tedesco

francese

Indirizzo di recapito

indirizzo aziendale

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)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Titolare del conto (in caso di una terza persona)

Cognome/nome

Indirizzo

Se la società occupa dipendenti, La preghiamo di compilare le cifre dal 6 al 8.

6 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. | |

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 10 (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 > Moduli > Adeguamento somma dei salari).

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

7 Previdenza professionale

La società 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

8 Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni

La società 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:

Varia

9 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 7)
-
-

10 Osservazioni

11 Conferma

Luogo e data

Firma