

Affiliazione: persona indipendente

Se è socio di una società di persone, si prega di riempire unicamente il modulo "Affiliazione: socio di una società di persone".

1 Dati concernente l'azienda

Numero IDI

CHE-

L'azienda è iscritta al registro di commercio?

sì no

Se sì, data dell'iscrizione

In caso d'iscrizione al registro di commercio: ditta (nome) secondo il registro

2 Dati personali dell'indipendente

Cognome

Nome

Data di nascita

Numero d'assicurato AVS

756.

Intestazione

Signora Signore

Titolo

Stato civile attuale

celibe/nubile sposato/a
 separato/a legalmente divorziato/a

partner registrato/a vedovo/a

unione domestica sciolta

dal

Nazionalità

3 Dati personali del coniuge oppure del partner registrato

Cognome

Nome

Data di nascita

Numero d'assicurato AVS

756.

Intestazione

Signora Signore

Titolo

Nazionalità

4 Indirizzo domicilio privato

| | | | |
|----------|-------|-----------------|--|
| Via | | Casella postale | |
| NAP | Luogo | E-mail | |
| Telefono | | Cellulare | |

5 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? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Se sì: Desidera un conteggio unico tramite la sede principale? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Indirizzo della filiale o succursale | dal |
| Indirizzo di un'altra filiale o succursale | dal |

6 Corrispondenza

| |
|--|
| Lingua di corrispondenza <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> francese |
| Indirizzo di recapito <input type="checkbox"/> indirizzo domicilio privato <input type="checkbox"/> indirizzo aziendale <input type="checkbox"/> indirizzo del mandatario |

In caso d'invio della corrispondenza al mandatario:

| | | |
|---------------------|-------|-----------------|
| Nome del mandatario | | |
| Via | | Casella postale |
| NAP | Luogo | |
| Telefono | Fax | E-mail |

7 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"/> |
| Titolare del conto (in caso di una terza persona) | | | | | | | | | |
| Cognome/nome | | | | | Indirizzo | | | | |

8 Indicazioni sull'attività lucrativa indipendente

| | |
|--|--|
| Ramo professionale | È attivo con un proprio studio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no → v. prossima domanda |
| Se <u>non</u> è attivo con un proprio studio, è pregato di descrivere l'attività lucrativa indipendente e di allegare eventuali contratti di collaborazione. | |
| Nuova creazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Se <u>no</u> , titolare precedente |
| Indipendente dal/a partire di | Attività lucrativa indipendente esercitata a titolo <input type="checkbox"/> principale <input type="checkbox"/> accessorio |
| Inoltre attività lucrativa salariata <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a titolo principale <input type="checkbox"/> a t. accessorio | Cognome/nome del datore di lavoro |
| E già affiliato/a ad una cassa di compensazione come persona con attività lucrativa indipendente? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Se <u>sì</u> : nome della cassa e da quando? |
| Esercita un'attività lavorativa al di fuori della Svizzera? <input type="checkbox"/> sì* <input type="checkbox"/> no | * Se <u>sì</u> , La preghiamo di riempire il „Questionario per pluriattività lucrativa Svizzera/estero“. Il questionario si trova sul sito web www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività oppure lo si può richiedere tramite e-mail. |

9 Reddito dell'attività lucrativa indipendente e capitale proprio

A quanto stima il suo reddito dell'attività lucrativa indipendente (dopo deduzione delle spese aziendali)?

| | |
|---|----------------------|
| Reddito dell'attività lucrativa presumibile | Periodo (dal – fino) |
| | |
| Capitale proprio investito nell'azienda | |

10 Indicazioni sull'appartenenza ad un'associazione professionale

Se Lei è **membro di una delle associazioni seguenti**, La preghiamo di iscriversi nella rubrica rispettiva con la data d'adesione e il numero di membro.

| Associazione | 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 **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 11 al 16.

11 Dipendenti nell'azienda

La preghiamo di elencare i dipendenti **nell'azienda** (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. | |
| 9 | | 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 17 (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 impiega dipendenti che esercitano **anche un'attività lucrativa all'estero**, è pregato di compilare il „Questionario per pluriattività lucrativa Svizzera/estero“ (www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività).

12 Dipendenti economia domestica privata

Dipendenti supplementari assunti unicamente come dipendenti **economia domestica privata**:

| | Cognome, nome | Numero d'assicurato AVS | Data di nascita |
|---|---------------|-------------------------|-----------------|
| 1 | | 756. | |
| 2 | | 756. | |
| 3 | | 756. | |
| 4 | | 756. | |
| 5 | | 756. | |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Salari sottoposti all'AVS dal (data) | Somma salariale presunta (dall'inizio dei pagamenti dei salari fino a fine anno) |
|--------------------------------------|---|

E già affiliato/a ad una cassa di compensazione per i dipendenti economia domestica privata?

sì Se sì: presso quale cassa? _____

no Se no, la *medisuisse* aprirà un conto separato come datore di lavoro.

13 Indirizzo di recapito come datore di lavoro

Solo se non corrisponde all'indirizzo sotto la cifra 6.

Indirizzo domicilio privato Indirizzo aziendale Indirizzo del mandatario

| | | |
|---------------------|-----------------|--------|
| Nome del mandatario | | |
| Via | Casella postale | |
| NAP | Luogo | |
| Telefono | Fax | E-mail |

14 Collegamento per versamenti all'azienda

Solo se non corrisponde all'indicazione sotto la cifra 7.

Numero IBAN (21 cifre)

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

Titolare del conto (in caso di una terza persona)

| | |
|--------------|-----------|
| Cognome/nome | Indirizzo |
|--------------|-----------|

15 Previdenza professionale

È affiliato/a 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:

Motivi 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'Al.
- 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

16 Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni

È affiliato/a 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

17 Documenti da allegare

La preghiamo di allegare i seguenti documenti al suo questionario:

- Copia di contratti di collaborazione (cfr. cifra 8)
- Copia della richiesta d'adesione all'associazione professionale (cfr. cifra 10)
- Copia del contratto di affiliazione LPP (cfr. cifra 15)
-
-
-

18 Osservazioni

| |
|--|
| |
|--|

19 Conferma

Luogo e data

Firma