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 ☐ partner registrato/a ☐ vedovo/a
☐ separato/a legalmente ☐ divorziato/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 filali 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

6 Corrispondenza

Lingua di corrispondenza

☐ italiano ☐ tedesco ☐ francese

Indirizzo di recapito

☐ indirizzo domicilio privato ☐ indirizzo aziendale ☐ 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)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

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?
☐ sì ☐ no → v. prossima domanda

Se non è attivo con un proprio studio, è pregato di descrivere l'attività lucrativa indipendente e di allegare eventuali contratti di collaborazione.

Nuova creazione
☐ sì ☐ no

Se no, titolare precedente

Indipendente dal/a partire di

Attività lucrativa indipendente esercitata a titolo
☐ principale ☐ accessorio

Inoltre attività lucrativa salariata
☐ no ☐ a titolo principale ☐ a t. accessorio

Cognome/nome del datore di lavoro

E già affiliato/a ad una cassa di compensazione come persona con attività lucrativa indipendente?
☐ sì ☐ no

Se sì: nome della cassa e da quando?

Esercita un'attività lavorativa al di fuori della Svizzera?
☐ sì* ☐ no

* Se sì, 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)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

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 21'330.00 annui oppure CHF 1'777.50 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

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