

## Questionnaire pour associé/e d'une société de personnes

Nous vous prions de nous envoyer le questionnaire de chaque associé/e avec le „Questionnaire d'inscription pour la société de personnes“.

### 1 Données personnelles de l'associé/e

Nom	Numéro d'assuré AVS
Prénom	Date de naissance
Titre <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Titre
Etat civil actuel <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/e <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Séparé/e légalement <input type="checkbox"/> Divorcé/e	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> italien
Depuis quand	Nationalité
Spécialité / Description de l'activité professionnelle indépendante	
Nom de la société de personnes	

### 2 Données personnelles du conjoint ou du partenaire enregistré

Nom	Numéro d'assuré AVS
Prénom	Date de naissance
Titre <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Titre professionnel
Employé/e dans l'entreprise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nationalité

### 3 Adresse du domicile privé

Rue	Téléphone
Case Postale	Fax
NPA	Lieu
	E-mail

## 4 Adresse de correspondance

Adresse du domicile privé

Adresse professionnelle selon  
'Questionnaire société de personnes'

Adresse du représentant

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

Nom du représentant		Complément à l'adresse (par ex. 'à l'att. de...')	
Rue		Téléphone	
Case Postale		Fax	
NPA	Lieu	E-mail	

## 5 Coordonnées de paiement

Nous avons besoin des informations suivantes pour effectuer le remboursement de cotisations éventuellement payées en trop.

Numéro IBAN (21 positions)

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

Veillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Paiement par		Compte postal	
<input type="checkbox"/> Banque	<input type="checkbox"/> Poste		
No Clearing / Banque		Compte bancaire	

## 6 Indications concernant l'activité lucrative indépendante

Indépendant /e dès	Activité lucrative indépendante:
	<input type="checkbox"/> principale <input type="checkbox"/> accessoire
En même temps activité salariée:	Nom de l'employeur éventuel
<input type="checkbox"/> principale <input type="checkbox"/> accessoire	
Etes-vous déjà affilié/e à une caisse de compensation en tant que personne avec activité lucrative indépendante?	
<input type="checkbox"/> Oui, auprès de laquelle?	<input type="checkbox"/> Non
Exercez-vous une activité professionnelle hors de Suisse?	
<input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Non	

<sup>1</sup> Si oui, nous vous prions de remplir le „Questionnaire aux activités professionnelles à l'étranger“. Le questionnaire peut être téléchargé sur notre site [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) sous Affiliation / Inscription ou bien demandé par e-mail ou par téléphone.

## 7 Revenu de l'activité lucrative indépendante et capital propre

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

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

Capital propre investi dans l'entreprise
--

Pour des **affiliations rétroactives** nous vous prions de joindre au questionnaire les déclarations d'impôt des années précédentes ainsi que les comptes de pertes et profits.

## 8 Indications concernant l'appartenance à une association fondatrice

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

Au cas où votre demande est en suspend, nous vous prions de mettre une croix dans la rubrique 'P'.

Association professionnelle	Date d'adhésion	Numéro de membre	P
FMH Fédération des médecins suisses			<input type="checkbox"/>
SSO Société suisse d'odontologie			<input type="checkbox"/>
GST Société des vétérinaires suisses			<input type="checkbox"/>
SCG Association Suisse des Chiropraticiens			<input type="checkbox"/>
pas associé/e			<input type="checkbox"/>

**Si vous occupez des salariés uniquement au domicile privé, veuillez répondre aux chiffres no 9 à 11.**

## 9 Salariés de travail domestique

Personnel soumis à l'AVS occupé uniquement au domicile privé comme personnel de travail domestique.

	Nom, prénom	Numéro d'assuré AVS
1		
2		

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

## 10 Prévoyance professionnelle

Etes-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 (veuillez joindre une copie du contrat d'affiliation [sauf en cas d'affiliation à la PAT-LPP])

► Si non:

Exceptions:

- Le salaire d'aucun salarié ne dépasse la limite d'adhésion LPP (CHF 21'150.00 par an resp. CHF 1'762.50 par mois)
- Les contrats de travail sont 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 (exception par l'institution de prévoyance)

► En cas d'**affiliation en cours**: Veuillez nous remettre une copie du contrat d'affiliation dès qu'il aura été établi (sauf en cas d'affiliation à la PAT-LPP)

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

Oui  Non

## 11 Assurance-accidents obligatoire

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

Oui  Non  Affiliation en cours

► Si oui:

Nom et adresse de la compagnie d'assurance (par ex. SUVA)

Numéro de la police

► Si non:

Raison:

► En cas d'**affiliation en cours**: Veuillez nous communiquer, dès l'affiliation, le nom et l'adresse de la compagnie d'assurance.

## 12 Annexes

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

- Au cas d'une affiliation rétroactive: déclaration d'impôt et comptes de pertes et profits (v. chiffre 7)
- Copie du contrat d'affiliation LPP (v. chiffre 10)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 13 Confirmation

Observations

Lieu et date

Signature

Ne pas remplir

Bemerkungen

Abrechnungsnummer

Visum

MR:

BE:

VE:

AGK: