

Affiliation: personne indépendante

Si vous êtes associé d'une société de personnes, remplissez uniquement le formulaire «Affiliation: associé».

1 Données concernant l'entreprise

Numéro IDE

CHE-

Est-ce que l'entreprise est inscrite au registre du commerce?

oui non

Si oui, date de l'inscription

En cas d'inscription au registre du commerce: indiquez la raison de commerce (nom) inscrite dans le registre

2 Données personnelles de la personne indépendante

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

Numéro d'assuré AVS

756.

Titre

Madame Monsieur

Titre professionnel

Etat civil actuel

célibataire marié/e
 séparé/e légalement divorcé/e

partenariat enregistré veuf/veuve
 partenariat dissous

depuis

Nationalité

3 Données personnelles du conjoint ou du partenaire enregistré

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

Numéro d'assuré AVS

756.

Titre

Madame Monsieur

Titre professionnel

Nationalité

4 Adresse du domicile privé

| | | |
|-----------|--------------|--------|
| Rue | Case Postale | |
| NPA | Lieu | E-mail |
| Téléphone | Mobile | |

5 Adresse professionnelle

| | | |
|--|---------------|------|
| Complément à l'adresse (par ex. 'c/o ...') | Rue | |
| Case Postale | NPA | Lieu |
| E-mail | Site internet | |
| Téléphone | Fax | |

Personne à contacter

| | |
|--------|---------------|
| Nom | Prénom |
| E-mail | Ligne directe |

Filiale / succursale

| | |
|---|--|
| Y a-t-ils des filiales ou succursales? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui: Désirez-vous un seul décompte par le siège principal? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Adresse de la filiale ou de la succursale | depuis |
| Adresse d'une autre filiale ou succursale | depuis |

6 Correspondance

| |
|---|
| Langue de correspondance <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> italien |
| Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> adresse du domicile <input type="checkbox"/> adresse professionnelle <input type="checkbox"/> 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 |

7 Coordonnées de paiement

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

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numéro IBAN (21 positions) | | | | | | | | | | |
| <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"/> |
| Titulaire du compte (en cas de tierce personne) | | | | | | | | | | |
| Nom | | | | | Adresse | | | | | |

8 Indications concernant l'activité lucrative indépendante

| | |
|---|---|
| Domaine de spécialisation | Gérez-vous votre propre cabinet? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non → v. prochaine question |
| Si vous <u>ne gérez pas votre propre cabinet</u> , nous vous prions de décrire votre activité lucrative indépendante et de nous envoyer les copies des éventuels contrats de collaboration. | |
| Nouvelle création <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si <u>non</u> , ancien propriétaire |
| Indépendant depuis/à partir de | Activité indépendante <input type="checkbox"/> à titre principal <input type="checkbox"/> à titre accessoire |
| Également employé comme salarié <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> activité principale <input type="checkbox"/> a. accessoire | Nom et adresse de l'employeur |
| Êtes-vous déjà affilié à une caisse de compensation comme indépendant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si <u>oui</u> : auprès de quelle caisse de compensation et depuis quand? |
| Exercez-vous une activité lucrative en dehors de la Suisse? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non | * Si <u>oui</u> : Nous vous prions de remplir le «Questionnaire pour pluriactivité lucrative Suisse/étranger». Le formulaire peut être téléchargé sur notre site www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation activité ou demandé par e-mail. |

9 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 | |

10 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 11 à 16.

11 Salariés employés dans l'entreprise

Nous vous prions d'indiquer vos salariés employés **dans l'entreprise** (sont considérés comme salariés, entre autres, les apprentis, le personnel intérimaires et le personnel employé à temps partiel):

| | Nom, prénom | Numéro d'assuré AVS | Date de naissance |
|---|-------------|---------------------|-------------------|
| 1 | | 756. | |
| 2 | | 756. | |
| 3 | | 756. | |
| 4 | | 756. | |
| 5 | | 756. | |
| 6 | | 756. | |
| 7 | | 756. | |
| 8 | | 756. | |
| 9 | | 756. | |

Si un salarié travaille dans une filiale ou succursale, veuillez écrire «**filiale**» après le nom/prénom. Des salariés supplémentaires peuvent être indiqués au point 18 (observations).

| | |
|------------------------------------|---|
| 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) |
| | |

La masse salariale sert de base pour le calcul des cotisations paritaires. Les **écarts importants** par rapport à la masse salariale présumée doivent être communiqués dans les délais les plus brefs (www.medisuisse.ch > Formulaire > Adaptation du volume salarial).

Si vous employez des **salariés qui exercent aussi une activité lucrative à l'étranger**, nous vous prions de remplir le «Questionnaire pour pluriactivité lucrative Suisse/étranger» (www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation activité).

12 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 (du début du paiement des salaires jusqu'à la fin de l'année) |
|------------------------------------|---|

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

oui Si oui: à quelle caisse? _____

non Si non, *medisuisse* ouvrira un compte employeur séparé.

13 Adresse de correspondance de l'employeur

Uniquement au cas où l'adresse ne correspondrait pas à celle du point 6.

Adresse du domicile privé Adresse professionnelle Adresse du représentant

| | | |
|---------------------|--------------|--------|
| Nom du représentant | | |
| Rue | Case postale | |
| NPA | Lieu | |
| Téléphone | Fax | E-mail |

14 Adresse du paiement de l'entreprise

Uniquement au cas où l'adresse ne correspond pas à celle du point 7.

Numéro IBAN (21 positions)

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

Titulaire du compte (en cas de tierce personne)

| | |
|-----|---------|
| Nom | Adresse |
|-----|---------|

15 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 (21'330.00 francs par an resp. 1'777.50 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-LPP)?

oui non

16 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

17 Annexes

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

- Copie des contrats de coopération (cf. point 8)
- Copie de la demande d'adhésion à l'association professionnelle (cf. point 10)
- Copie du contrat d'affiliation LPP (cf. point 15)
- _____
- _____
- _____

18 Observations

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

19 Confirmation

Lieu et date

Signature