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

☐ Società semplice ☐ Società in nome collettivo ☐ Società in accomandita ☐ _____

Settore / Ramo professionale

La società è già affiliata a una cassa di compensazione?

☐ sì → presso quale? _____ ☐ 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.

04020 / 01.2021

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 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

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)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

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 21'510.00 annui oppure CHF 1'792.50 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

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