

Affiliation: personne morale

1 Données concernant l'entreprise

Nom de l'entreprise	Numéro UID CHE-	
Date de l'inscription au registre de commerce (prière de joindre la copie de l'extrait du registre de commerce)	Branche / Spécialité	
Forme juridique <input type="checkbox"/> Société anonyme (SA) <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée (Sàrl) <input type="checkbox"/> Société coopérative <input type="checkbox"/> Société anonyme en commandite <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Fondation <input type="checkbox"/> _____	S'agit-il d'une nouvelle fondation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si <u>oui</u> : à quelle date? _____	
S'agit-il d'une filiale ou succursale? <input type="checkbox"/> oui → n° de décompte du siège principal?	<input type="checkbox"/> non	
En cas d'une filiale ou succursale: Désirez-vous un seul décompte par le siège principal? <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'entreprise est-elle déjà affiliée à une caisse de compensation? <input type="checkbox"/> oui → laquelle?	<input type="checkbox"/> non	

2 Adresse commerciale

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

Filiales / succursales

Y a-t-il des filiales ou succursales?

oui non

Si oui: Désirez-vous un seul décompte par le siège principal?

oui non

Adresse de la filiale ou de la succursale

depuis

Adresse d'une autre filiale ou succursale

depuis

3 Siège légal de l'entreprise (s'il ne correspond pas à l'adresse commerciale)

Complément à l'adresse (par ex. 'c/o ...')

Rue

Case postale

NPA

Lieu

E-mail

Téléphone

4 Correspondance

Langue de correspondance

français

allemand

italien

Adresse de correspondance

adresse commerciale

adresse du siège légal

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

5 Coordonnées de paiement

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

Numéro IBAN (21 positions)

Titulaire du compte (en cas de tierce personne)

Nom

Adresse

6 Indications concernant l'affiliation à une association professionnelle

Si l'**entreprise** ou les **fondateurs** de la personne morale sont **membres d'une des associations suivantes**, nous vous prions d'inscrire la date d'adhésion et le numéro du premier 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 la **demande** du premier fondateur 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 7 à 9.

7 Salariés

Sont considérés comme salariés, entre autres, les apprentis 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.	

Si un salarié travaille dans une filiale ou succursale, veuillez écrire «**filiale**» après le nom/prénom. Des salariés supplémentaires peuvent être indiqués au point 11 (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 l'entreprise emploie des **salariés qui exercent aussi une activité lucrative à l'étranger**, nous vous prions de remplir le «Questionnaire: activités professionnelles Suisse/étranger» (www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation activité).

8 Prévoyance professionnelle

L'entreprise est-elle affiliée à une institution de prévoyance professionnelle pour ses 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 (22'050.00 francs par an resp. 1'837.50 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

9 Assurance-accidents obligatoire

L'entreprise dispose-t-elle d'une assurance-accidents pour ses salariés?

oui non affiliation en cours

► Si oui:

Nom et adresse de la société d'assurance

Numéro de la police

► Si non:

Motif:

10 Annexes

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

- Copie de l'extrait du registre de commerce (cf. point 1)
- Copie du contrat d'affiliation LPP (cf. point 8)
-

11 Observations

12 Confirmation

Lieu et date

Signature