

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"/>	<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"/>	<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

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 (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

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