

## Affiliation: société de personnes

### 1 Données concernant la société

Nom de la société		
Date inscription au registre de commerce	Sans inscription: date de la fondation	Numéro UID CHE-
Forme juridique <input type="checkbox"/> Société simple <input type="checkbox"/> Société en nom collectif <input type="checkbox"/> Société en commandite <input type="checkbox"/> _____		
Branche / Spécialité		
L'entreprise est-elle déjà affiliée à une caisse de compensation? <input type="checkbox"/> oui → laquelle? _____ <input type="checkbox"/> non		

### 2 Associés

	Associé 1	Associé 2	Associé 3
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Numéro d'assuré AVS	756.	756.	756.
Adresse privée:			
– rue, n°.			
– NPA, lieu			
En cas d'affiliation comme indépendant auprès d'une autre caisse de compensation:			
– à laquelle?			
– n° de décompte			

Des associés supplémentaires peuvent être indiqués au point 10 (observations) ou sur une feuille séparée.

**Les associés qui ne sont pas encore affiliés comme indépendants à *medisuisse* ou à une autre caisse de compensation doivent remplir le formulaire «Affiliation: associé d'une société de personnes» et l'envoyer avec le présent formulaire.** Le formulaire peut être téléchargé sur notre site [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Affiliation / Cessation activité ou demandé par e-mail.

### 3 Adresse commerciale

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

Rue

Case postale

NPA

Lieu

E-mail

Site web

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

### 4 Correspondance

Langue de correspondance

français

allemand

italien

Adresse de correspondance

adresse commerciale

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 de la société

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"/>	<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

**Si la société occupe des salariés, nous vous prions de répondre aux points 6 à 8.**

## 6 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.	

Si un salarié travaille dans une filiale ou succursale, veuillez écrire «**filiale**» après le nom/prénom. Des salariés supplémentaires peuvent être indiqués au point 10 (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](http://www.medisuisse.ch) > Formulaire > Adaptation du volume salarial).

Si la société 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](http://www.medisuisse.ch) > Affiliation / Cessation activité).

## 7 Prévoyance professionnelle

La société 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

## 8 Assurance-accidents obligatoire

La société 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:

## Divers

## 9 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 7)

## 10 Observations

## 11 Confirmation

Lieu et date

Signature