

Première annonce de salariés

Ce formulaire doit être rempli au cas où vous êtes déjà affilié auprès de *medisuisse* comme indépendante, société de personnes, associé ou personne juridique **qui emploient nouvellement des salariés.**

1 Employeur

Entreprise resp. nom/prénom

n° de décompte actuel

2 Adresse du lieu de travail

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

3 Numéro de décompte comme employeur

Veuillez cocher la case correspondante.

cabinet existant nouvellement avec personnel

ou

associé d'une société de personnes avec propre personnel supplémentaire

ou

deuxième site avec personnel

4 Adresse de correspondance

adresse commerciale adresse du représentant adresse du domicile de l'employeur

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 l'entreprise

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

6 Salariés employés dans l'entreprise

S'agit-il d'une reprise d'un cabinet?

non oui

Si oui: nom et prénom de l'ancien propriétaire?

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.	

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

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: activités professionnelles Suisse/étranger» (www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation activité).

7 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

8 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:

9 Annexes

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

- Copie du contrat d'affiliation LPP (cf. point 7)
-
-

10 Observations

--

11 Confirmation

Lieu et date

Signature
