

Affiliazione: persona indipendente

Se è socio di una società di persone, si prega di riempire unicamente il modulo "Affiliazione: socio di una società di persone".

1 Dati concernente l'azienda

Numero IDI

CHE-

L'azienda è iscritta al registro di commercio?

sì no

Se sì, data dell'iscrizione

In caso d'iscrizione al registro di commercio: ditta (nome) secondo il registro

2 Dati personali dell'indipendente

Cognome

Nome

Data di nascita

Numero d'assicurato AVS

756.

Intestazione

Signora Signore

Titolo

Stato civile attuale

celibe/nubile

sposato/a

partner registrato/a

vedovo/a

separato/a legalmente

divorziato/a

unione domestica sciolta

dal

Nazionalità

3 Dati personali del coniuge oppure del partner registrato

Cognome

Nome

Data di nascita

Numero d'assicurato AVS

756.

Intestazione

Signora Signore

Titolo

Nazionalità

4 Indirizzo domicilio privato

Via		Casella postale
NAP	Luogo	E-mail
Telefono		Cellulare

5 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 filiali o succursali? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì: Desidera un conteggio unico tramite la sede principale? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Indirizzo della filiale o succursale	dal
Indirizzo di un'altra filiale o succursale	dal

6 Corrispondenza

Lingua di corrispondenza <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> francese
Indirizzo di recapito <input type="checkbox"/> indirizzo domicilio privato <input type="checkbox"/> indirizzo aziendale <input type="checkbox"/> indirizzo del mandatario

In caso d'invio della corrispondenza al mandatario:

Nome del mandatario		
Via		Casella postale
NAP	Luogo	
Telefono	Fax	E-mail

7 Collegamento per versamenti

Questi dati verranno usati in caso di rimborsi di contributi pagati in eccesso.

Numero IBAN (21 cifre)									
<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"/>
Titolare del conto (in caso di una terza persona)									
Cognome/nome					Indirizzo				

8 Indicazioni sull'attività lucrativa indipendente

Ramo professionale	È attivo con un proprio studio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no → v. prossima domanda
Se <u>non</u> è attivo con un proprio studio, è pregato di descrivere l'attività lucrativa indipendente e di allegare eventuali contratti di collaborazione.	
Nuova creazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se <u>no</u> , titolare precedente
Indipendente dal/a partire di	Attività lucrativa indipendente esercitata a titolo <input type="checkbox"/> principale <input type="checkbox"/> accessorio
Inoltre attività lucrativa salariata <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a titolo principale <input type="checkbox"/> a t. accessorio	Cognome/nome del datore di lavoro
E già affiliato/a ad una cassa di compensazione come persona con attività lucrativa indipendente? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se <u>sì</u> : nome della cassa e da quando?
Esercita un'attività lavorativa al di fuori della Svizzera? <input type="checkbox"/> sì* <input type="checkbox"/> no	* Se <u>sì</u> , La preghiamo di riempire il „Questionario per pluriattività lucrativa Svizzera/estero“. Il questionario si trova sul sito web www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività oppure lo si può richiedere tramite e-mail.

9 Reddito dell'attività lucrativa indipendente e capitale proprio

A quanto stima il suo reddito dell'attività lucrativa indipendente (dopo deduzione delle spese aziendali)?

Reddito dell'attività lucrativa presumibile	Periodo (dal – fino)
Capitale proprio investito nell'azienda	

10 Indicazioni sull'appartenenza ad un'associazione professionale

Se Lei è **membro di una delle associazioni seguenti**, La preghiamo di iscriversi nella rubrica rispettiva con la data d'adesione e il numero di membro.

Associazione	Data d'adesione	Numero di membro
FMH Federazione dei medici svizzeri		
SSO Società svizzera di odontologia		
GST Società dei veterinari svizzeri		
ChiroSuisse / SCG Associazione svizzera dei chiropratici		
non associato/a	–	–

Se **ancora non è accolto definitivamente** come membro di un'associazione, è pregato di allegare una copia della domanda d'adesione.

Se occupa dipendenti, La preghiamo di compilare le cifre dal 11 al 16.

11 Dipendenti nell'azienda

La preghiamo di elencare i dipendenti **nell'azienda** (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.	
5		756.	
6		756.	
7		756.	
8		756.	
9		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 17 (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 impiega dipendenti che esercitano **anche un'attività lucrativa all'estero**, è pregato di compilare il „Questionario per pluriattività lucrativa Svizzera/estero“ (www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività).

12 Dipendenti economia domestica privata

Dipendenti supplementari assunti unicamente come dipendenti **economia domestica privata**:

	Cognome, nome	Numero d'assicurato AVS	Data di nascita
1		756.	
2		756.	
3		756.	
4		756.	
5		756.	

Salari sottoposti all'AVS dal (data)

Somma salariale presunta
(dall'inizio dei pagamenti dei salari fino a fine anno)

E già affiliato/a ad una cassa di compensazione per i dipendenti economia domestica privata?

sì Se sì: presso quale cassa? _____

no Se no, la *medisuisse* aprirà un conto separato come datore di lavoro.

13 Indirizzo di recapito come datore di lavoro

Solo se non corrisponde all'indirizzo sotto la cifra 6.

Indirizzo domicilio privato

Indirizzo aziendale

Indirizzo del mandatario

Nome del mandatario

Via

Casella postale

NAP

Luogo

Telefono

Fax

E-mail

14 Collegamento per versamenti all'azienda

Solo se non corrisponde all'indicazione sotto la cifra 7.

Numero IBAN (21 cifre)

Titolare del conto (in caso di una terza persona)

Cognome/nome

Indirizzo

15 Previdenza professionale

È affiliato/a 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:

Motivi d'esenzione (sono ammesse più risposte):

- Lo stipendio di ciascun dipendente non supera il limite d'entrata LPP (CHF 22'050.00 annui oppure CHF 1'837.50 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'Al.
- 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

16 Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni

È affiliato/a 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

17 Documenti da allegare

La preghiamo di allegare i seguenti documenti al suo questionario:

- Copia di contratti di collaborazione (cfr. cifra 8)
- Copia della richiesta d'adesione all'associazione professionale (cfr. cifra 10)
- Copia del contratto di affiliazione LPP (cfr. cifra 15)
-
-
-

18 Osservazioni

--

19 Conferma

Luogo e data

Firma