

Affiliazione: socio di una società di persone

1 Dati personali del socio

Numero IDI CHE-	
Cognome	Nome
Data di nascita	Numero d'assicurato AVS 756.
Intestazione <input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore	Titolo
Stato civile attuale <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato/a <input type="checkbox"/> separato/a legalmente <input type="checkbox"/> divorziato/a dal	<input type="checkbox"/> partner registrato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta
Nome e indirizzo aziendale della società di persone	
n. di conteggio della società di persone (se disponibile)	
Nazionalità	

2 Dati personali del coniuge oppure del partner registrato

Cognome	Nome
Data di nascita	Numero d'assicurato AVS 756.
Intestazione <input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore	Titolo
Nazionalità	

3 Indirizzo domicilio privato

Via	Casella postale
NAP	Luogo
Telefono	E-mail
	Cellulare

4 Corrispondenza

Lingua di corrispondenza

italiano

tedesco

francese

Indirizzo di recapito

indirizzo domicilio privato

indirizzo aziendale

indirizzo del mandatario

In caso d'invio della corrispondenza al mandatario:

Cognome/nome del mandatario

Via

Casella postale

NAP

Luogo

Telefono

Fax

E-mail

5 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"/>	<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titolare del conto (in caso di una terza persona)

Cognome/nome

Indirizzo

6 Indicazioni sull'attività lucrativa indipendente

Ramo professionale

È pregato di descrivere l'attività lucrativa indipendente e di allegare eventuali contratti di collaborazione..

Indipendente dal/a partire di

Attività lucrativa indipendente esercitata a titolo

principale

accessorio

Inoltre attività lucrativa salariata

no

a titolo principale

a t. accessorio

Cognome/nome del datore di lavoro

E già affiliato/a ad una cassa di compensazione come persona con attività lucrativa indipendente?

sì

no

Se sì: nome della cassa e da quando?

Esercita un'attività lavorativa al di fuori della Svizzera?

sì*

no

* Se sì, La preghiamo di riempire il „Questionario per attività lavorative Svizzera/estero“. Il questionario si trova sul sito web www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività oppure lo si può richiedere tramite e-mail.

7 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	

8 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 professionale	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 9 al 12.

9 Propri dipendenti oltre alla società di persone

Se occupa propri **dipendenti oltre alla società di persone**, è pregato di riempire il questionario **"Primo annuncio di dipendenti"**. Si trova sul sito web www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività oppure lo si può richiedere tramite e-mail.

10 Dipendenti economia domestica privata

Dipendenti sottoposti all'AVS 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 ad una cassa di compensazione per i dipendenti economia domestica privata?

sì no → *medisuisse* aprirà un conteggio separato di datore di lavoro.

11 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:

Motivo 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'AI.
- 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

12 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

13 Documenti da allegare

La preghiamo di allegare i seguenti documenti al suo questionario:

- Copia di contratti di collaborazione (cfr. cifra 6)
- Copia della richiesta d'adesione all'associazione professionale (cfr. cifra 8)
- Copia del contratto di affiliazione LPP (cfr. cifra 11)
-
-

14 Osservazioni

--

15 Conferma

Luogo e data

Firma