

Primo annuncio di dipendenti

La preghiamo di compilare questo questionario se è già affiliato presso *medisuisse* come indipendente, società di persone, socio oppure come persona giuridica **che impiega recentemente dei dipendenti**.

1 Datore di lavoro

Impresa risp. cognome/nome

n. di conteggio attuale

2 Indirizzo del luogo di lavoro

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

3 Numero di conteggio come datore di lavoro

Per favore contrassegnare l'apposita casella.

studio esistente recentemente con personale

o

socio di una società di persone con proprio personale supplementare

o

secondo sito con personale

4 Indirizzo di corrispondenza

indirizzo aziendale

indirizzo del mandatario

indirizzo al domicilio de datore di lavoro

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 dell'impresa

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 Dipendenti nell'azienda

Si tratta di un rilevamento di uno studio?

non si

Se si: cognome e nome del vecchio proprietario?

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.	

Si prega di elencare dipendenti supplementari sotto la cifra 10 (osservazioni) o su un foglio separato.

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 attività lavorative Svizzera/estero“ (www.medisuisse.ch > Affiliazione / Cessazione attività).

7 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

8 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:

9 Documenti da allegare

La preghiamo di allegare i seguenti documenti al suo questionario:

Copia del contratto di affiliazione LPP (cfr. cifra 7)

10 Osservazioni

--

11 Conferma

Luogo e data

Firma