

## Affiliation: associé d'une société de personnes

### 1 Données personnelles de l'associé

|   |   |  |             |
|---|---|--|-------------|
| Numéro IDE<br>CHE-  |   |  |             |
| Nom de famille  | Prénom  |  |             |
| Date de naissance   | Numéro d'assuré AVS<br>756.   |  |             |
| Titre<br><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur  | Titre professionnel   |  |             |
| Etat civil actuel<br><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e<br><input type="checkbox"/> séparé/e légalement <input type="checkbox"/> divorcé/e<br>depuis | <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> veuf/veuve<br><input type="checkbox"/> partenariat dissous |  | Nationalité |
| Nom et adresse commerciale de la société de personnes   |   |  |             |
| n° de décompte de la société de personnes (si disponible)   |   |  |             |

### 2 Données personnelles du conjoint ou du partenaire enregistré

|  |                             |  |  |
|--|-----------------------------|--|--|
| Nom de famille   | Prénom                      |  |  |
| Date de naissance  | Numéro d'assuré AVS<br>756. |  |  |
| Titre<br><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | Titre professionnel         |  |  |
| Nationalité  |                             |  |  |

### 3 Adresse du domicile privé

|           |              |        |
|-----------|--------------|--------|
| Rue       | Case postale |        |
| NPA       | Lieu         | E-mail |
| Téléphone | Mobile       |        |

## 4 Correspondance

Langue de correspondance

français

allemand

italien

Adresse de correspondance

adresse du domicile

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

Informations pour effectuer le remboursement de cotisations éventuellement payées en trop.

Numéro IBAN (21 positions)

Titulaire du compte (en cas de tierce personne)

Nom

Adresse

## 6 Indications concernant l'activité lucrative indépendante

Domaine de spécialisation

Nous vous prions de décrire votre activité lucrative indépendante et de nous envoyer les copies des éventuels contrats de collaboration.

Indépendant depuis/à partir de

Activité indépendante

à titre principal  à titre accessoire

Également employé comme salarié

non  activité principale  a. accessoire

Nom et adresse de l'employeur

Êtes-vous déjà affilié à une caisse de compensation comme indépendant?

oui  non

Si oui: auprès de quelle caisse de compensation et depuis quand?

Exercez-vous une activité lucrative en dehors de la Suisse?

oui\*  non

\* Si oui: Nous vous prions de remplir le «Questionnaire: activités professionnelles Suisse/étranger». Le formulaire peut être téléchargé sur notre site [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Affiliation / Cessation activité ou demandé par e-mail.

## 7 Revenu de l'activité lucrative indépendante et capital propre

A combien estimez-vous votre revenu provenant de l'activité (après déduction des frais généraux)?

|  |                   |
|--|-------------------|
| Revenu estimé de l'activité lucrative indépendante | Période (du – au) |
|--|-------------------|

|  |
|--|
| Capital propre investi dans l'entreprise |
|--|

## 8 Indications concernant l'affiliation à une association professionnelle

Si vous êtes **membre d'une des associations suivantes**, nous vous prions d'inscrire la date d'adhésion et le numéro de membre dans la rubrique respective.

| Association professionnelle                              | Date d'adhésion | Numéro de membre |
|--|-----------------|------------------|
| FMH Fédération des médecins suisses                      |                 |                  |
| SSO Société suisse d'odontologie                         |                 |                  |
| GST Société des vétérinaires suisses                     |                 |                  |
| ChiroSuisse / SCG Association Suisse des Chiropraticiens |                 |                  |
| pas associé/e  | –               | –                |

Au cas où votre **demande** serait **en cours**, nous vous prions de nous envoyer une **copie de votre demande d'affiliation**.

**Si vous occupez des salariés, nous vous prions de répondre aux points 9 à 12.**

## 9 Propres salariés outre de la société de personnes

Si vous occupez propres **salariés outre de la société de personnes**, nous vous prions de remplir le formulaire **«Première annonce de salariés»**. Le formulaire peut être téléchargé sur notre site [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Affiliation / Cessation activité ou demandé par e-mail.

## 10 Salariés de travail domestique

Personnel supplémentaire soumis à l'AVS occupé **uniquement au domicile privé**:

|   | Nom, prénom | Numéro d'assuré AVS | Date de naissance |
|---|-------------|---------------------|-------------------|
| 1 |             | 756.                |                   |
| 2 |             | 756.                |                   |
| 3 |             | 756.                |                   |
| 4 |             | 756.                |                   |
| 5 |             | 756.                |                   |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Salaires soumis à l'AVS dès (date) | Somme salariale présumée soumise à l'AVS<br>(dès début du paiement des salaires jusqu'à fin de l'année) |
|------------------------------------|---|

Etes-vous déjà affilié/e à une caisse de compensation pour vos salariés de travail domestique?

oui  non → *medisuisse* ouvrira un compte employeur séparé.

## 11 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

## 12 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:

## Divers

## 13 Annexes

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

- Copie des contrats de coopération (cf. point 6)
- Copie de la demande d'adhésion à l'association professionnelle (cf. point 8)
- Copie du contrat d'affiliation LPP (cf. point 11)
- 
-

## 14 Observations

|  |
|--|
|  |
|--|

## 15 Confirmation

Lieu et date

Signature