

Demande de modification

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

DONNÉES PERSONNELLES PRIVÉES

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ / _____ / _____ No AVS 756. _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

La personne assurée jouit-elle de sa pleine capacité de travail à la date de modification ? Oui Non

MODIFICATION DE SALAIRE ANNUEL DÉTERMINANT

Date de modification _____ / _____ / _____ (début d'un mois seulement)

Nouveau salaire annuel annoncé CHF _____ Nouveau taux d'activité _____ %

MODIFICATION DE L'ÉTAT CIVIL

Nouvel état civil marié(e)* lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Date de modification _____ / _____ / _____

* En cas de mariage, merci de joindre une copie de l'acte de mariage

MODIFICATION D'ADRESSE

Modification d'adresse du domicile privé cabinet médical

Rue, no _____ NPA, lieu _____



ADRESSE DE CORRESPONDANCE AUPRÈS D'UN TIERS

Par la présente, toute correspondance concernant la prévoyance professionnelle de la Fondation AROMED doit être domiciliée à l'adresse suivante :

Destinataire _____ Complément _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

MODIFICATION DE PLAN DE PRÉVOYANCE

Compléter le formulaire du choix du plan de prévoyance SMARTMED.

SIGNATURE

La personne soussignée confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur/médecin indépendant

Vos données personnelles sont traitées conformément à la notice de confidentialité qui est disponible sur <https://aromed.ch/politique-de-confidentialite/>. La notice de confidentialité décrit notamment vos droits en matière de traitement de vos données ainsi que les coordonnées de notre conseiller à la protection des données.

