

Demande de résiliation de fin d'année

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

DONNÉES DE CONTRAT

Nom de la raison sociale _____

Adresse _____

Téléphone _____ Courriel _____

Nom et prénom de la personne responsable _____

INFORMATIONS

Conformément aux conditions d'affiliation, le contrat est valable jusqu'à la fin de la troisième année civile complète suivant la date de début de l'assurance. Il peut être résilié au plus tôt à cette échéance, soit au 31 décembre, avec un préavis de 6 mois.

Si vous souhaitez revenir sur votre décision de résiliation après le 30 juin, vous avez jusqu'au 30 septembre pour nous en informer par écrit. Passé ce délai, la résiliation sera définitive.

DATE DE RÉSILIATION

Date de résiliation _____ 31 décembre _____

INDICATIONS CONCERNANT LA RÉSILIATION

Si vous avez du personnel, avez-vous informé les salariés au préalable de la résiliation ? Oui Non

Le personnel accepte-t-il la résiliation ? Oui Non

Est-ce que votre personnel et/ou vous-même bénéficiez de votre pleine capacité de travail ? Oui Non

Souhaitez-vous rester membre de l'Association Romande de Médecins (AROMED) ? Oui Non

Nom et prénom de votre conseiller _____



COORDONNÉES BANCAIRES POUR LE VERSEMENT À LA NOUVELLE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

Les coordonnées bancaires pour le transfert vous seront communiquées ultérieurement

Les coordonnées bancaires pour le transfert sont déjà connues :

Nom de l'institution de prévoyance _____

Adresse _____

Nom et adresse de la banque _____

IBAN / Numéro de compte _____

Nom / Adresse du nouvel employeur _____

No de références/police/compte _____

Merci de joindre un bulletin de versement ou un document relatif au transfert de la prestation de sortie provenant de la nouvelle institution de prévoyance.

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1 - La résiliation survient-elle à la suite des recommandations de votre conseiller ? Oui Non

2 - La résiliation survient-elle car la concurrence vous propose des tarifs et/ou prestations plus avantageuses ? Oui Non

3 - Êtes-vous globalement satisfait de votre conseiller ? Oui Non

4 - Êtes-vous globalement satisfait de votre expérience avec la Fondation AROMED ? Oui Non

5 - Recommanderiez-vous la Fondation AROMED à l'un(e) de vos confrères/consoeurs ? Oui Non

6 - Des remarques, des suggestions ou des améliorations à proposer à la Fondation AROMED ?



SIGNATURE(S)

Lieu et date

Signature des représentants des salariés *

Lieu et date

Signature du représentant de l'employeur

Lieu et date

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

** Si l'employeur ou l'indépendant a son personnel affilié auprès de la Fondation AROMED, le représentant des salariés doit donner son accord par sa signature pour valider la résiliation du contrat.*

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.

