

Richiesta di risoluzione di fine anno

N. di affiliazione: _____

Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

DATI DEL CONTRATTO

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Nome e cognome della persona responsabile _____

INFORMAZIONI

In conformità alle condizioni di affiliazione, il contratto è valido fino alla fine del terzo anno civile completo successivo alla data d'inizio dell'assicurazione. Può essere risolto al più presto a questa scadenza, vale a dire il 31 dicembre, con un preavviso di 6 mesi.

Se desidera riconsiderare la sua decisione di risoluzione dopo il 30 giugno, ha tempo fino al 30 settembre per contattarci per iscritto. Dopo questo periodo, la risoluzione sarà definitiva.

DATA DI RISOLUZIONE

Data di risoluzione _____ 31 dicembre _____

INDICAZIONI RIGUARDANTI LA RISOLUZIONE

Se ha del personale, ha informato i dipendenti preventivamente della risoluzione? ☐ sì ☐ noIl personale accetta la risoluzione? ☐ sì ☐ noLei e/o il suo personale godete della piena capacità di lavoro? ☐ sì ☐ noDesidera rimanere membro dell'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED)? ☐ sì ☐ no

Nome del suo consulente _____



**COORDINATE BANCARIE PER IL VERSAMENTO AL NUOVO ISTITUTO DI
PREVIDENZA**

☐ Le coordinate bancarie per il trasferimento le saranno comunicate in seguito

☐ Le coordinate bancarie per il trasferimento sono già note:

Nome dell'istituto di previdenza _____

Indirizzo _____

Nome e indirizzo della banca _____

IBAN / Numero di conto _____

Nome / Indirizzo del nuovo datore di lavoro _____

N. di riferimenti/polizza/conto _____

Si prega di allegare un bollettino di versamento o un documento relativo al trasferimento della prestazione di uscita proveniente dal nuovo istituto di previdenza.

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

1 - La risoluzione fa seguito alle raccomandazioni del suo consulente? ☐ sì ☐ no

2 - La risoluzione è dovuta al fatto che la concorrenza le offre tariffe e/o servizi più vantaggiosi? ☐ sì ☐ no

3 - In generale, è soddisfatto/a del suo consulente? ☐ sì ☐ no

4 - In generale, soddisfatto/a della sua esperienza con la Fondazione AROMED? ☐ sì ☐ no

5 - Raccomanderebbe la Fondazione AROMED ai suoi colleghi? ☐ sì ☐ no

6 - Ha commenti, suggerimenti o proposte di miglioramento da condividere con la Fondazione AROMED?



FIRMA/E

Luogo e data

Firma dei rappresentanti dei dipendenti *

Luogo e data

Firma del rappresentante del datore di lavoro

Luogo e data

Timbro e firma/e del datore di lavoro / medico indipendente

** Se il datore di lavoro o il lavoratore autonomo ha il suo personale affiliato alla Fondazione AROMED, il rappresentante dei dipendenti deve dare il suo consenso con la sua firma per convalidare la risoluzione del contratto.*

I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.

