

## Demande de résiliation de fin d'année

No d'affiliation : \_\_\_\_\_ Employeur / Médecin indépendant : \_\_\_\_\_

### Données du contrat

Nom de la raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la personne responsable \_\_\_\_\_

### Date de résiliation

Date de résiliation \_\_\_\_\_ 31 décembre \_\_\_\_\_

Est-ce une résiliation à titre préventive ?  oui  non

Seriez-vous intéressé(e) de recevoir une nouvelle offre tarifaire de la  
Fondation AROMED au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante ?  oui  non

### Indication concernant la résiliation

Si vous avez du personnel, avez-vous informé les salariés de la résiliation ?  oui  non

Le personnel accepte-il la résiliation ?  oui  non

Est-ce 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 de votre conseiller \_\_\_\_\_

### Coordonnées bancaires pour le versement à la nouvelle institution de prévoyance

Les coordonnées bancaires pour le transfert vous seront communiquées en fin d'année.

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 \_\_\_\_\_

*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.*



**Questionnaires 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 de vos confrères ?  oui  non
6. Des remarques, des suggestions ou des améliorations à proposer à la Fondation AROMED ?

---

---

---

---

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

---

---

