

Antrag auf Kündigung zum Jahresende

Mitgliedschaftsnummer: _____ Arbeitgeber / Unabhängiger Arzt: _____

Vertragsdaten

Name des Unternehmens _____

Adresse _____

Telefon _____ E-Mail _____

Name und Vorname der verantwortlichen Person _____

Kündigungsdaten

Datum der Kündigung _____ 31. Dezember _____

Handelt es sich um eine vorsorgliche Kündigung? ja nein

Wären Sie an einem neuen Tarifangebot der AROMED-Stiftung zum 1. Januar des Folgejahres interessiert?

ja nein

Angaben zur Kündigung

Wenn Sie Personal haben, haben Sie die Arbeitnehmer vorab über die Kündigung informiert? ja nein

Ist das Personal mit der Kündigung einverstanden? ja nein

Sind Sie und/oder Ihr Personal voll arbeitsfähig? ja nein

Möchten Sie weiterhin Mitglied der Association Romande de Médecins (AROMED) bleiben? ja nein

Name Ihres Beraters _____

Bankverbindung für die Übertragung an die neue Vorsorgeeinrichtung

Die Bankverbindung für die Übertragung wird Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt

Die Bankverbindung für die Übertragung ist bereits bekannt:

Name der Vorsorgeeinrichtung _____

Adresse _____

Name und Adresse der Bank _____

IBAN / Kontonummer _____

Name / Adresse des neuen Arbeitgebers _____

Bitte legen Sie ein Überweisungsformular oder ein Dokument über die Überweisung der Austrittsleistung aus der neuen Vorsorgeeinrichtung bei.



Fragebogen zur Zufriedenheit

1. Erfolgt die Kündigung aufgrund der Empfehlungen Ihrer Beraterin/Ihres Beraters? ja nein
2. Erfolgt die Kündigung, weil die Konkurrenz Ihnen günstigere Tarife und/oder Leistungen anbietet? ja nein
3. Sind Sie insgesamt mit Ihrem Berater zufrieden? ja nein
4. Haben Sie insgesamt gute Erfahrungen mit der AROMED-Stiftung gemacht? ja nein
5. Würden Sie die AROMED Stiftung einem Ihrer Kollegen weiterempfehlen? ja nein
6. Bemerkungen, Vorschläge oder Verbesserungsvorschläge, die Sie der AROMED-Stiftung mitteilen möchten?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort und Datum

Name, Vorname und Unterschrift des Arbeitnehmers*^{*}

** Wenn der Arbeitgeber oder Selbstständige Personal bei der AROMED-Stiftung versichert hat, muss der Arbeitnehmervertreter mit seiner Unterschrift zustimmen, um die Vertragsauflösung gültig zu machen*

