

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 conservatoire ? oui non

Seriez-vous intéressé(e) de recevoir une nouvelle offre tarifaire de la
Fondation AROMED au 1^{er} janvier de l'année suivante ? oui non

Indication concernant la résiliation

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

Le personnel accepte-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 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 _____

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. Etes-vous globalement satisfait de votre conseiller ? oui non
4. Etes-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

Lieu et date

Nom, prénom et signature du représentant des salariés*

* 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.

