Effacer les données

valitas COMPACTA

Résiliation d'un contrat d'affiliation

1. Caisse de prévoyance / entreprise

Nom et adresse

N° de contrat

2. Informations relatives à la résiliation

Résiliation au

Motif de résiliation
- ☐ Changement pour une autre institution de prévoyance
- ☐ Plus aucun/e salarié/e soumis/e à la LPP employé/e
- ☐ Cessation d'activité – reprise (partielle) d'activité ☐ Oui ☐ Non

Le contrat est résilié avec l'accord **exprès** du personnel ou des représentants des salariés, le cas échéant : ☐ Oui ☐ Non

3. Informations requises pour le versement d'un éventuel avoir

Titulaire du compte (nom, adresse)

N° IBAN

4. Informations requises pour le versement des prestations de libre passage du personnel

Titulaire du compte (nom, adresse)

N° IBAN

Remarques importantes
Le contrat ne peut être résilié qu'avec l'accord **exprès** du personnel ou des représentants des salariés, le cas échéant. La résiliation du contrat d'affiliation met fin à la couverture d'assurance pour les risques de décès et d'invalidité un mois après la résiliation des rapports avec l'institution de prévoyance (art. 10, al. 3 LPP).
En cas de résiliation pour cause de changement d'institution de prévoyance, le contrat peut être résilié uniquement si, au plus tard à l'échéance du contrat, le nouvel assureur atteste que les cas de prestations intervenus pendant la durée de validité du contrat avec la Fondation collective LPP Compacta (hors rentes de vieillesse et rentes pour enfants de retraités) seront pris en charge au moins aux mêmes conditions que celles de la Fondation collective LPP Compacta.

Par votre signature, vous attestez de l'exactitude des informations données ci-dessus. Remplir le formulaire de façon non conforme à la vérité peut exposer à une peine d'arrêts ou une amende de 10 000 francs au plus (voir art. 75, ch. 1 LPP).

Lieu, date

Signature du représentant/de la représentante de l'**entreprise**

Lieu, date

Signature du représentant/de la représentante des **salariés**

12.2022

Attestation relative à la participation du personnel à la décision de changement d'institution de prévoyance

Caisse de prévoyance / entreprise

Nom et adresse

_____

Résiliation au

_____

La commission de prévoyance confirme la résiliation du contrat d'affiliation de la caisse de prévoyance/de l'entreprise susmentionnée auprès de la Fondation collective LPP Compacta en date du _____

Elle atteste que le personnel a été impliqué dans le processus de résiliation conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 9C_409/2019 du 5 mai 2020 et que la résiliation a été approuvée par la majorité du personnel.

_____

Lieu, date

Représentant/e de l'entreprise

_____

Nom / prénom du/de la représentant/e de l'**entreprise** Signature

_____

Nom / prénom du/de la représentant/e de l'**entreprise** Signature

Représentant/e des salariés

_____

Nom / prénom du/de la représentant/e des **salariés** Signature

_____

Nom / prénom du/de la représentant/e des **salariés** Signature

12.2022