

## Risoluzione della convenzione di adesione

### 1. Cassa di previdenza / Datore di lavoro

Nome e indirizzo

---

Convenzione n.

---

### 2. Informazioni sulla risoluzione

Risoluzione al

---

Motivo della	Passaggio a un nuovo istituto di previdenza		
	Nessun/a nuovo/a assunto/a soggetto/a all'obbligo della LPP /e		
	Cessione dell'attività – (parziale) acquisizione dell'attività	sì	no

La convenzione viene risolta con l' <b>esplicito</b> consenso del personale o dell'eventuale rappresentanza del personale	sì	no
---	----	----

### 3. Informazioni per il trasferimento di un eventuale avere

Titolare del conto (nome e indirizzo)

---

IBAN

---

### 4. Informazioni per il trasferimento delle prestazioni di libero passaggio del personale

Titolare del conto (nome e indirizzo)

---

IBAN

---

#### Importanti avvertenze

La convenzione può essere risolta solo con l'**esplicito** consenso del personale o dell'eventuale rappresentanza del personale. Con la risoluzione della convenzione di adesione, la copertura assicurativa per i rischi di decesso e invalidità cessa un mese dopo lo scioglimento del rapporto di previdenza (art. 10 cpv. 3 LPP). In caso di risoluzione per passaggio a un nuovo istituto di previdenza, la convenzione può essere risolta solo se entro la fine della convenzione l'assicuratore successivo conferma che i casi di prestazione insorti durante la validità della convenzione presso la Compacta Fondazione collettiva LPP (eccettuate le rendite di vecchiaia e le rendite di figli di pensionati) vengono rilevati alle stesse condizioni della Compacta Fondazione collettiva LPP.

**Apponendo la propria firma si conferma che le suddette informazioni sono corrette. Chiunque non compili il modulo con informazioni veritiere può incorrere nell'arresto o in una multa fino a CHF 10'000 (cfr. art. 75 cpv. 1 LPP)**

Luogo e data

Firma rappresentante **datore di lavoro**

Luogo e data

Firma rappresentante **dipendenti**

## *Conferma della partecipazione del personale alla decisione del cambio di istituto di previdenza*

### **Cassa di previdenza / Datore di lavoro**

Nome e indirizzo

---

Risoluzione al

---

La Commissione di previdenza conferma la risoluzione della convenzione di adesione della cassa di previdenza/del datore di lavoro di cui sopra alla Compacta Fondazione collettiva LPP a far data dal \_\_\_\_\_

Essa certifica che il personale ha partecipato al processo di risoluzione in conformità alla sentenza del Tribunale federale DTF 9C\_409/2019 del 5 maggio 2020 e che la risoluzione è stata approvata dalla maggioranza del personale.

---

Luogo e data

### **Rappresentante datore di lavoro**

---

Cognome / Nome rappresentante **datore di lavoro**

Firma

---

Cognome / Nome rappresentante **datore di lavoro**

Firma

### **Rappresentante dipendenti**

---

Cognome / Nome rappresentante **dipendenti**

Firma

---

Cognome / Nome rappresentante **dipendenti**

Firma