

## Résiliation du contrat d'affiliation sans assurés

### 1. Caisse de prévoyance / entreprise

Nom et adresse

---

N° de contrat

---

### 2. Informations relatives à la résiliation

Résiliation au

---

Motif de résiliation	Plus aucun salarié soumis à la LPP employé
	Cessation d'activité
	Reprise de l'activité *

\*En cas de reprise de l'activité ou de fusion d'entreprises, les actifs et les bénéficiaires d'une rente sont transférés à la caisse de pension de la société reprenante. Merci de joindre le contrat de fusion.

### 3. Informations requises pour le versement d'un éventuel avoir du compte de cotisations (si plus aucun salarié soumis à la LPP n'est employé ou en cas de cessation d'activité)

Nom du titulaire du compte

---

Adresse

---

N° IBAN

---

### 4. Informations relatives à la nouvelle institution de prévoyance (en cas de reprise d'activité)

Nom de l'institution de prévoyance

---

Adresse

---

N° de contrat

---

Titulaire du compte

---

N° IBAN

---

Lieu, date

Signature(s) de l'employeur