



Résiliation du contrat d'affiliation avec changement d'institution de prévoyance

1. Caisse de prévoyance / entreprise

Nom et adresse

N° de contrat

2. Informations relatives à la résiliation

Résiliation au 31.12.20

3. Informations relatives à la nouvelle institution de prévoyance

Nom de l'institution de prévoyance

Adresse

N° de contrat

Remarques importantes

- Le contrat ne peut être résilié qu'avec l'accord du personnel ou des représentants des salariés, le cas échéant. Le formulaire correspondant doit être transmis au plus tard le 30 juin de l'année de la résiliation.
 - Le contrat ne peut être résilié que lorsque le nouvel assureur atteste que tous les cas de prestations seront repris au moins aux mêmes conditions que celles de la Fondation collective LPP Compacta. Le formulaire correspondant doit être transmis au plus tard le 30 juin de l'année de la résiliation.
 - 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 fin des rapports avec l'institution de prévoyance (art. 10, al. 3 LPP).
 - Sauf convention contraire, le formulaire doit être transmis au plus tard le 30 juin de l'année de la résiliation.

4. Signatures de la commission de prévoyance

Lieu, date

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

Lieu date

Signature du représentant/de la représentante des salariés

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

Caisse de prévoyance / entreprise

Nom et adresse

N° de contrat

Résiliation au 31.12.20_____

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 à la date de résiliation susmentionnée.

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

Formulaire à envoyer au plus tard le 30 juin de l'année de résiliation à l'adresse suivante.

Attestation de la nouvelle institution de prévoyance

1. Caisse de prévoyance / entreprise

Nom et adresse

Résiliation au 31.12.20____

2. Nouvelle institution de prévoyance

Nom et adresse

Reprise à partir du 01.01.20____

Par la présente, la nouvelle institution de prévoyance se déclare prête à reprendre intégralement l'ensemble des

- Assurés actifs,
- Bénéficiaires de prestations de vieillesse,
- Bénéficiaires de prestations d'invalidité,
- Bénéficiaires de prestations de survivants,

Transférés selon l'art. 53e LPP de l'entreprise susmentionnée.

La reprise comprend aussi l'ensemble des cas de prestations en suspens ainsi que déjà survenus mais pas encore communiqués à la Fondation collective LPP Compacta, dans la mesure où l'événement fondant les prestations s'est produit avant la fin du contrat auprès de la Fondation collective LPP Compacta.

Les détails de la reprise sont précisés à l'art. 84 du règlement de prévoyance de la Fondation collective LPP Compacta.

La Fondation collective LPP Compacta n'est plus tenue par aucun engagement à compter de la date de résiliation.

3. Informations requises pour le versement des prestations de libre passage du personnel ou du capital de couverture des bénéficiaires d'une rente

Nom de l'institution de prévoyance

Adresse

N° de contrat

Titulaire du compte

N° IBAN

Lieu, date

Signature / tampon de la nouvelle institution de prévoyance

Formulaire à envoyer au plus tard le 30 juin de l'année de résiliation à l'adresse suivante.