



Demande de résiliation de contrat

[«XXXX-CH/UXXX» / «N° de Contrat»](#)

Swiss Life SA
Entreprises
Case postale
8022 Zurich

Employeur	Nom	«Employeur/Entreprise»
	Contrat	«N° de Contrat»

Conditions préalables à une résiliation de contrat	Si une des assertions suivantes n'est pas exacte ou si vous avez d'autres questions, veuillez prendre contact avec «Prénom Nom Conseiller», tél. +41 «043 284 xx xx».	
	Le contrat est résiliable à la date souhaitée.	<input type="checkbox"/> exact
	Le délai de résiliation de six mois est respecté.	<input type="checkbox"/> exact
	Le personnel a été informé au préalable de la résiliation du contrat d'affiliation. La résiliation a lieu en accord avec le personnel (art. 11 al. 3bis LPP), cet accord ayant été donné avant ladite résiliation.	<input type="checkbox"/> exact
	La nouvelle institution de prévoyance a confirmé reprendre les prestations d'invalidité (art. 53e al. 4bis LPP).	<input type="checkbox"/> exact

Demande	Nous résilions le contrat au	J J	M M	A A A A
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Les titres doivent être vendus au	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En l'absence de déclaration intervenant au moins 15 jours avant la date de résiliation, les titres seront vendus au cours du jour applicable sans autre information.				

Pièces jointes requises	<ul style="list-style-type: none"> • Adresse et lieu de paiement de la nouvelle institution de prévoyance • Confirmation de la nouvelle institution de prévoyance concernant la reprise des prestations d'invalidité • Adresse de notre caisse de compensation AVS et notre numéro d'affiliation
--------------------------------	---

Par leur signature, l'employeur et les membres de la commission de gestion confirment que le personnel a été informé au préalable de la résiliation du contrat d'affiliation et qu'il est d'accord avec la résiliation.

Signatures La résiliation n'est valable qu'en présence de toutes les signatures requises.

Employeur

 Lieu et date

 Timbre et signature

Commission de gestion

Représentant de l'employeur

 Lieu et date

 Signature

Représentant des salariés

 Lieu et date

 Signature