

## Résiliation du contrat d'affiliation

01/2021

Le présent formulaire doit être rempli et signé par l'employeur puis remis à la Caisse de pension des études de notaires et d'avocats bernois, au plus tard avec la résiliation du contrat d'affiliation. Il s'agit d'une condition de validité.

Si, en raison de la résiliation du contrat d'affiliation, des bénéficiaires de rente quittent l'institution de prévoyance, une attestation écrite de la nouvelle institution de prévoyance compétente doit être remise au plus tard lors de la résiliation du contrat d'affiliation. Cette attestation doit prouver que la nouvelle institution reprend les personnes mentionnées aux mêmes conditions.

### Informations concernant l'entreprise

Raison sociale \_\_\_\_\_  
Rue, n° \_\_\_\_\_  
NPA, lieu \_\_\_\_\_  
Résiliation par \_\_\_\_\_

L'employeur soussigné confirme par la présente avoir accordé à son personnel\* le droit à la participation selon l'art. 11 al. 3bis LPP. Le personnel a été **informé et entendu en temps opportun et de manière appropriée** au sujet de la résiliation du contrat d'affiliation avec la Caisse de pension des études de notaires et d'avocats bernois et des conséquences qui en découlent. Le personnel **donne son accord** à la résiliation du contrat d'affiliation.

La procédure de consentement a été effectuée comme suit :

- oralement (séance pour le personnel)  
 par courrier  
 par voie électronique

**Résultat du vote** (uniquement le nombre de voix exprimées) :

Oui \_\_\_\_\_  
Non \_\_\_\_\_

*\*En lieu et place du personnel, une représentation des travailleurs peut exercer le droit à la participation selon la loi sur la participation (RS 822.14) (mais pas la représentation des travailleurs dans l'organe paritaire).*

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_