CCIH
Caisse de Compensation ALFA de l'Industrie Horlogère

Employeur : _____
Affilié n° : _____
Adresse/canton : _____

DEMANDE POUR L'ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE

Demande à remplir une fois par année, ou lors du départ en cours d'année du collaborateur.

A) REQUÉRANT

N° d'assuré : ___.____.____.___

Nom et prénom : _____ Nationalité : _____
Selon permis de séjour (*indiquer également le nom de jeune fille*)

Date de naissance : ___ ___ _____
Jour mois année

Adresse : _____
Rue/numéro/NPA/localité

Etat civil ☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ partenariat selon LPart fédérale ☐ séparé ☐ divorcé

En cas de divorce/séparation qui détient l'autorité parentale ? ☐ la mère ☐ le père ☐ partagée

En cas de divorce/séparation qui détient la garde ? ☐ la mère ☐ le père ☐ partagée

Date d'engagement : _____ Date de départ de l'entreprise : _____

B) SITUATION DU CONJOINT, CONCUBIN, EX-CONJOINT, EX-CONCUBIN

Nom et prénom : _____ Nationalité : _____
Selon permis de séjour (*indiquer également le nom de jeune fille*)

Date de naissance : ___ ___ _____ N° d'assuré : _____
jour mois année

Etat civil ☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ partenariat selon LPart fédérale ☐ séparé ☐ divorcé

Employeur : _____

C) ENFANTS DONT LE REQUÉRANT SUBVIENT À L'ENTRETIEN

(*Enfants biologiques ou adoptés, d'une précédente union qui vivent principalement dans le ménage, enfants placés, entretenus et élevés gratuitement, frères ou sœurs ou petits-enfants.*)

				Lien de parenté				
	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse où vit principalement l'enfant si différente de celle du requérant	Du mariage actuel	Du précédent mariage	Du conjoint	Hors mariage	Accueilli / Adopté
1				☐	☐	☐	☐	☐
2				☐	☐	☐	☐	☐
3				☐	☐	☐	☐	☐
4				☐	☐	☐	☐	☐
5				☐	☐	☐	☐	☐

D) PÉRIODE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE EST DEMANDÉE

Date de début : _____ Date de fin : _____

E) PAIEMENT DE L'ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE en Suisse uniquement (*si paiement direct*)

☐ à l'employeur ☐ au requérant (*remplir coordonnées ci-dessous*)

Compte postal n° _____ IBAN : CH_____
Compte bancaire n° _____ Clearing _____ IBAN : CH_____
Etablissement : _____ Lieu : _____

Signature du requérant

Le(la) soussigné(e) certifie avoir répondu de façon complète et véridique à toutes les questions.

Date :

Signature requérant(e) :

Signature de l'employeur

L'employeur certifie que les déclarations du salarié ci-dessus concordent avec les renseignements en sa possession s'agissant de la situation du collaborateur.

Date : Timbre et signature :