

CAISSE DE PENSIONS
DÉCLARATION D'INTENTION POUR ENFANT À CHARGE

Formulaire à retourner à : Caisse de pensions du CERN, Service des prestations, 1211 Genève 23, Suisse

Nom enfant :

Prénom enfant :

Date de naissance enfant :

État civil enfant :

MON ENFANT CONTINUE SES ÉTUDES

◇ Plein temps (au moins 20h par semaine)

Nom de l'établissement Début des cours le

Merci de bien vouloir nous fournir le certificat approprié.

NB: si l'étudiant a un contrat de travail à 50% ou plus, il est considéré comme exerçant un emploi.
En conséquence, l'allocation pour enfant à charge est supprimée et l'affiliation à l'assurance maladie cesse.

◇ Apprentissage ou formation en alternance

Nom de l'établissement Début des cours le

Merci de bien vouloir nous fournir le certificat de scolarité ainsi que l'attestation de l'employeur.

MON ENFANT ARRÊTE SES ÉTUDES

Fin des études le

MON ENFANT N'EST PLUS À CHARGE (travail, mariage/partenariat, etc.)

Fin du droit le

Je soussigné(e), (nom et prénom du bénéficiaire), certifie que tous les renseignements mentionnés ci-dessus sont corrects et complets. Si des changements ultérieurs interviennent, j'en informerai la Caisse de pensions sans délais.

Date :

Signature du bénéficiaire :