

# Annonce de mutation pour les allocations familiales



FER CIFA 106.2

Allocations familiales

## Instructions pour l'employeur

A la fin des rapports de services, de même qu'en cas d'incapacité de travail de personnes bénéficiaires d'allocations familiales, l'employeur est tenu d'aviser sans délai la Caisse au moyen du présent document dûment rempli. Si l'employeur ne se conforme pas à cette obligation, la Caisse pourra exiger de l'employeur le remboursement des éventuelles allocations familiales indûment versées. La sortie du collaborateur peut également nous être annoncée via nos e-services.

### I. DONNÉES DE L'EMPLOYEUR

Numéro d'affilié: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Raison sociale: \_\_\_\_\_

### II. BÉNÉFICIAIRE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

N° AVS: 756.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

- a quitté la société le \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_
- est en arrêt total de travail dès le \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (si incapacité de plus de 3 mois, joindre tous les certificats médicaux)

### III. ENFANT EN FORMATION

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

N° AVS: 756.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

- a interrompu sa formation le \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (joindre justificatif officiel)

Lieu et date: \_\_\_\_\_ Timbre et signature de l'employeur: \_\_\_\_\_