

Caisse cantonale valaisanne d'allocations familiales CIVAF  
Av. Pratifori 27  
Case postale 151  
1951 Sion

**Nur vom Arbeitgeber auszufüllen und mit der Zulagenbezügerliste zu senden.**

## Bestätigung Krankheit / Unfall zur Auszahlung der Kinderzulagen

Arbeitgeber (Mitglied Nr .....)

.....  
.....

bestätigt, dass der (die) Angestellte

Name, Vorname: ..... Zulagenbezüger Nr.: .....

Geboren am: .....

arbeitsunfähig war, infolge  Krankheit  Unfall  Schwangerschafts-Urlaub

vom ..... bis ..... zu .....%

vom ..... bis ..... zu .....%

vom ..... bis ..... zu .....%

Während dieser Arbeitsunfähigkeit hat die Krankenkasse / Unfallversicherung eine Entschädigung zu  
.....% gezahlt

Hat der Arbeitgeber, bei einer Entschädigung durch die Versicherung von weniger als 100%. ein Gehalt  
(AHV-pflichtig) ausbezahlt?  Ja  Nein

⇒ Falls ja, CHF ..... pro Monat (AHV-pflichtiges Gehalt nach Abzug der von der Kranken-  
oder Unfallversicherung gezahlten Entschädigung).

Name und Adresse der Unfallversicherung oder Krankenkasse:

.....  
.....

Ort und Datum: .....

Stempel & Unterschrift des  
Arbeitgebers :