

A remplir uniquement par l'employeur

**Attestation
MALADIE / ACCIDENT
pour le versement des allocations familiales**

L'employeur (affilié no)

.....
.....

certifie que son employé(e) :

Nom : Prénom : Allocataire no :

né(e) le

domicilié(e) à

.....

a subi une incapacité de travail par suite de maladie accident congé maternité

du au de%

du au de %

du au de %

Pendant cette incapacité, la caisse maladie / société d'assurance accident a versé une indemnité à%

En cas d'indemnisation par l'assurance inférieure à 100%, l'employeur a-t-il rajouté un salaire (soumis AVS) ?

oui non

⇒ si oui, CHF par mois (salaire soumis AVS après déduction de l'indemnité versée par la caisse maladie ou accident).

Nom et adresse de la Caisse-maladie ou Société d'assurances accidents :

.....
.....

Lieu et date :

Signature de l'employeur :

.....

A envoyer avec la liste d'allocataires ou le décompte à :

CIVAF
CP 251
1951 Sion

