

Caisse cantonale valaisanne d'allocations familiales CIVAF  
Av. Pratifori 27  
Case postale 251  
1951 Sion

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

## Erklärung Krankheit / Unfall zur Auszahlung der Kinderzulagen

Arbeitgeber (Mitglied Nr .....)

.....  
.....

bestätigt, dass der (die) Angestellte

Name, Vorname: ..... Zulagenbezogener Nr.: .....

Geboren am: .....

arbeitsunfähig war, infolge  Krankheit  Unfall  Schwangerschafts-Urlaub

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

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

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

Während der Abwesenheit überwies die Unfall- oder Krankenkasse eine Entschädigung von ..... %

Bei weniger als 100%, haben Sie einen AHV-pflichtigen Lohn überwiesen?  Ja  Nein

⇒ Falls ja, CHF ..... pro Monat (AHV-pflichtig, nach Anzug der Unfall/Krankenkassen-  
entschädigung)

Name und Adresse der Unfall- oder Krankenkasse:

.....  
.....

Ort und Datum: .....

Stempel & Unterschrift des  
Arbeitgebers :