

ANHANG XI ZAHLUNG VON ENTSCHÄDIGUNGSLEISTUNGEN
BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ENTSCHÄDIGUNG VON STILLPAUSEN

VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

Name des Arbeitgebers oder der Firma:

Adresse:

Postleitzahl und Ort:

L.S.S.-Registriernummer:

Name und Vorname der Arbeitnehmerin:

Sozialversicherungsnummer (NISS):

An die oben genannte Arbeitnehmerin gezahltes Entgelt für den Zeitraum vom/...../.....
bis/...../.....

, das um die Stillpausen reduziert wurde, die während des oben genannten Zeitraums für eine
Gesamtzahl von Stunden Halbe Stunden gewährt wurden.

Der Bruttolohn für eine Stunde Stillpause während des oben genannten Zeitraums beträgt €

Die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben wird hiermit bestätigt. Ort...../...../....., Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers:

VON DER ARBEITNEHMERIN AUSZUFÜLLEN

ODER BRINGEN SIE IHREN AUFKLEBER HIER AN

Name:

Vorname:

Nationalregisternummer:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Gemeinde:

Tel:

E-Mail:

Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Erklärungen Sanktionen und rechtliche Schritte nach
sich ziehen können.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zum Antrag auf Entschädi-
gung für Lohnausfall aufgrund von Stillpausen.

Zu überweisen auf das Konto mit der Nr. Kontoinhaber:

Name:

Vorname:

Adresse:

Datum:...../...../.....

Unterschrift und Stempel des Arztes:



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia». In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutualia.be zu kontaktieren.

VERWALTUNGSSITZ
Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

HAUPTSITZ
Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680