



ANEXO

DECLARACIÓN

Número personal:.....

Nombre y apellidos:

A fin de completar la documentación necesaria para obtener la autorización previa, le rogamos nos comunique si recibe una ayuda financiera complementaria de un sistema de seguro legal u obligatorio o privado. En caso afirmativo, indique a continuación el importe percibido y remítanos la presente carta, debidamente cumplimentada.

Le informamos de que, en caso de no recepción del formulario debidamente cumplimentado y firmado, su solicitud de autorización previa no se tramitará y le será devuelta.

Ayuda financiera complementaria

BENEFICIARIO - nombre y apellidos:.....

- Cuidador de enfermos

- Clínica de reposo o de cura

- Otros :

- Organismo:...

- Importe percibido..... País..... Moneda.....

Ausencia de ayuda financiera complementaria

Fecha:

Firma:

➤ **A transmitir a su oficina liquidadora**

Personal de la Comisión, Agencias ejecutivas:

http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx

Delegaciones, Oficina de Publicaciones, Personal jubilado, destacado o en excedencia :

https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

Otras instituciones de la UE y otras agencias: http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx.