



ANNEXE

DECLARATION

Numéro personnel :.....

Nom et prénom:

Afin de compléter la documentation requise pour obtenir l'autorisation préalable, nous vous saurions gré de bien vouloir nous communiquer si vous recevez une aide financière complémentaire de la part d'un système d'assurance légale et/ou obligatoire ou privée. Si tel est le cas, veuillez indiquer ci-dessous le montant perçu et nous renvoyer la présente lettre, dûment complétée.

Nous vous informons qu'en absence de la réception de ce formulaire dûment rempli et signé votre demande d'autorisation préalable ne sera pas traitée et vous sera renvoyée.

Aide financière complémentaire

BENEFICIAIRE – nom et prénom :

- Garde-malade

- Etablissement de repos ou de soins

- Autres :

- organisme :.....

- montant perçu Pays Devise

Pas d'aide financière complémentaire

Date :

Signature :

➤ **A transmettre à votre Bureau Liquidateur**

Personnel de la Commission, Agences exécutives:

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

Pour délégations, Office des Publications, Personnel à la retraite, détaché ou en CCP :

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

Autres institutions de l'EU et autres agences : http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx.