



COMMISSIONE EUROPEA
UFFICIO GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI DIRITTI INDIVIDUALI

PMO/3 – Assicurazione malattia e infortuni
Capo unità

ALLEGATO

DICHIARAZIONE

Numero personale:.....

Cognome e nome:

Per poter completare la documentazione necessaria ai fini del rilascio di un'autorizzazione preventiva, La preghiamo di comunicarci se beneficia di un intervento finanziario complementare da parte di un regime assicurativo legale e/o obbligatorio oppure privato. In tal caso, La invitiamo ad indicare in appresso l'importo percepito e a rispedirci la presente, debitamente compilata.

La informiamo che in caso di mancato ricevimento del presente modulo debitamente compilato e firmato, non sarà dato seguito alla Sua domanda di autorizzazione preventiva, che Le verrà rispedita.

Intervento finanziario complementare

BENEFICIARIO – nome e cognome :

- Infermiere/i

- Casa di riposo o di cura

- Altro :

- organismo :

importo percepito Paese Valuta

Non è stato ricevuto alcun intervento finanziario complementare

Data :

Firma:

➤ Domanda da trasmettere al competente ufficio di liquidazione

Personale della Commissione, Agenzie esecutive:

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

Per le delegazioni, l'Ufficio delle pubblicazioni, il personale in pensione, distaccato o in aspettativa per motivi personali :

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

Altre istituzioni dell'UE e altre agenzie : http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx.