

Scelta operativa a partire dall'anno →

Azienda:		Anno Al Fo.C.A.S. Soc.Mutuo Soccorso Uff.Amm.in.: 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85
Matricola:	Ufficio:	

aumento GR-202501.doc

RICHIESTA DI AUMENTO DELLE COPERTURE SPECIALI

Grandi Rischi per rimborso pie di lista per l'intera Famiglia-base

Io sottoscritto, socio del Fo.C.A.S.:

Libro soci	Cognome	e	Nome

Data assunzione (solo neo-assunti) / /	CCNL Applicato	Categoria (Dirig/Quadro/Impieg./...)	Livello (Grado)	Dati relativi all'ultimo inquadramento. [Per i Pensionati ultima situazione ante pensionamento]		
Paese	CIN-Euro	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente	Indirizzo di posta elettronica personale: E-mail di riferimento
Indirizzo di posta elettronica e-mail ufficio			Tel.Uff.		Tel.Casa	Cellulare

- presa visione dello Statuto e del Regolamento del Fo.C.A.S., chiedo l'aumento delle sottosegnate (X) coperture speciali:

- presa visione dello Statuto e Regolamento del Fo.C.A.S., chiedo l'estensione delle sottosegnate (X) coperture speciali a favore della famiglia del FIGLIO (di cui riporto più sotto la composizione) e per la quale pagherò le quote annualmente determinate:

Barrare la copertura scelta	<input checked="" type="checkbox"/>	Richiedibile dai Soci aderenti ad una delle Opz.Normali (Opz. 1, 1/D, 1/S, 2 e 2/E)
		N1 – Aumento massimale a € 60.000 per Copertura speciale Grandi Rischi rimborso pie di lista Attivabile da iscritti opzione 2, 2/E
		O1 – Aumento massimale a € 70.000 per Copertura speciale Grandi Rischi rimborso pie di lista Attivabile da iscritti opzione 1/D, 2, 2/E
		W1 – Aumento massimale a € 110.000 per Copertura speciale Grandi Rischi rimborso pie di lista Attivabile da iscritti opzione 1, 1/D, 2, 2/E
		K1 – Aumento massimale a € 165.000 per Copertura speciale Grandi Rischi rimborso pie di lista Attivabile da iscritti opzione 1/S, 1, 1/D, 2, 2/E

- per tutti i familiari attualmente assistiti (per i quali pagherò la differenza rispetto al livello di copertura standard):

Assistiti		Familiari a cui si applicherà l'aumento:
<input checked="" type="checkbox"/>	Socio	
<input checked="" type="checkbox"/>	Coniuge/ o convivente more uxorio	← purché iscritto nella lista degli assistiti in assistenza diretta
<input checked="" type="checkbox"/>	Figli	← purché iscritti nella lista degli assistiti in assistenza diretta

Avendo già in essere la copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista per la "Famiglia-base" (intendendosi per essa: il Socio + Coniuge + Figli fino al 26° anno d'età e se inseriti figli conviventi fino al compimento dei 30 anni, e se inserito in assistenza diretta il convivente more uxorio), chiedo che le attuali coperture vengano aumentate ai valori da me sopra indicati.

Prendo atto che ai sensi del Regolamento le quote fisse e le quote integrative relative al gruppo familiare sono variabili ed annualmente determinate dal Consiglio di Amministrazione del Fo.C.A.S. in conformità all'andamento del rischio e, pertanto, rilascio autorizzazione per l'addebito diretto sul cedolino stipendio o qualora non fosse possibile autorizzo fin d'ora l'addebito diretto di quanto complessivamente dovuto al Focas nel conto corrente individuato dall'IBAN da me sopra indicato per mezzo di SEPA Direct Debit (Core), impegnandomi a comunicare per tempo ogni variazione rispetto alle coordinate IBAN sopra riportate.

La variazione avrà effetto a far tempo dall'avvenuta attivazione, nel rispetto delle latenze prevista dal Regolamento. Prendo atto che il Socio risulta obbligato salvo comunicazione di variazione da far pervenire al Focas entro il termine del 30 novembre di ogni anno, a valere per l'anno successivo.

Data.....

Firma