

Scelta operativa a partire dall'anno →

Anno
Al Fo.C.A.S.
Soc.Mutuo Soccorso Uff.Amm.: 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85 Cop.spec.-fam.FIGLIO -Opz.Norm-25.01.doc

Azienda:	
Matricola aziendale:	Ufficio:

RICHIESTA DI ESTENSIONE DI COPERTURE SPECIALI

Grandi Rischi per rimborso pie di lista per l'intera Famiglia-base* del FIGLIO (anche se non convivente)

Richiedibile dai Soci aderenti ad una delle Opzioni Normali: 1, 1/A, 1/D, 1/S, 1, 2, 2/E

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 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:

	X	Copertura attivabili per GRANDI RISCHI per Interventi Chirurgici rimborso pie di lista Famiglia-base* del figlio (anche se non convivente)
Barrare la copertura scelta		M3 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 40.000
		N3 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 60.000
		O3 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 70.000
		W3 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 110.000
		K3 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 165.000

Assistiti		Familiari a cui si applicheranno le coperture speciali		SI/NO <-a carico [IRPEF]	
X	Parente	Cognome e Nome	Cod.fiscale	S/N	Luogo e Data di nascita
	FIGLIO/a				
	Coniuge (del figlio)				
	1 Figlio a.f. (mio nipote)				
	2 Figlio a.f. (mio nipote)				
	3 Figlio a.f. (mio nipote)				

[*] Per "Famiglia-base" del figlio (si intende: il Figlio/a + il suo Coniuge + i Figli del figlio [nipoti] fino al 26° anno d'età).

Avendo presa visione del Regolamento del Fo.C.A.S., con la presente mi impegno a pagare personalmente le quote annualmente previste, e rilascio autorizzazione per l'addebito diretto sul cedolino stipendio od, in mancanza, autorizzo fin d'ora l'addebito in conto corrente, rilasciando autorizzazione per SEPA Direct Debit (Core) in c/c, per quanto complessivamente dovuto al Focas, impegnandomi a comunicare ogni variazione rispetto alle coordinate IBAN sopra riportate. Prendo atto che il Socio risulta obbligato al pagamento dei contributi, secondo il livello di copertura ultimo in essere, salvo comunicazione di variazione dell'importo della copertura integrativa da far pervenire al Focas entro il termine del 30 novembre di ogni anno, a valere per l'anno successivo.

Data..... Firma

[Per i familiari nuovi aggiunti, l'Opzione va completata con la loro sottoscrizione del Consenso al trattamento dati personali]