

Scelta operativa a partire dall'anno →

Anno

Azienda:		Al Fo.C.A.S. Soc.Mutuo Soccorso Uff.Ammin. 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85 <small>Cop.spec.-fparAgg-Opz.Norm-25.01.doc</small>
Matricola aziendale:	Ufficio:	

RICHIESTA DI ESTENSIONE DI COPERTURE SPECIALI

Grandi Rischi per rimborso pie di lista ad altri membri conviventi* della famiglia del Socio (parenti entro il 4° grado ed affini entro il 3°)

* [la situazione di convivenza deve essere documentata da certificato di stato di famiglia ed in caso di cessazione della convivenza la copertura cessa di essere operativa]

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 sottosegnae () coperture speciali a favore di membri conviventi (di cui riporto più sotto la composizione) e per la quale pagherò le quote annualmente determinate:

	<input checked="" type="checkbox"/>	Copertura attivabili per GRANDI RISCHI per Interventi Chirurgici rimborso pie di lista Famiglia-base* del figlio (anche se non convivente)
Barrare la copertura scelta		M2 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 40.000
		N2 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 60.000
		O2 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 70.000
		W2 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 110.000
		K2 - Copertura speciale Grandi Rischi per rimborso pie di lista massimale € 165.000

- per i seguenti familiari per i quali pagherò le quote integrative:

SI/NO <-a carico [IRPEF]

Assistiti	Cognome	Nome	Codice Fiscale	S/ N	Luogo	e Data nascita
figlio <i>/oltre 26 Anni</i>						
Fratello /Sorella						
Convivente more uxorio				N		

Avendo già in essere una corrispondente copertura per la "Famiglia-base" (intendendosi per essa: il Socio + Coniuge + Figli fino al 26° anno d'età) chiedo che la medesima copertura, sopra contrassegnata, venga estesa anche agli altri familiari sopra elencati.

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 registrazione nella Lista degli assistiti, 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

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