

Scelta operativa a partire dall'anno →

Azienda:		<b>Anno .....</b> <b>Al Fo.C.A.S.</b> Soc. Mutuo Soccorso Uff. Ammin.: 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85 Fax 0444-238435
Matricola:	Ufficio:	

[hanno incondizionato diritto a poter richiedere l'aumento delle coperture speciali assic. gli iscritti alle Opzioni Normali, per gli iscritti ad altre Opzioni occorre il parere favorevole del Consiglio d'Amministrazione]

Fas\_aumento GR+RO-14.07.doc

## RICHIESTA DI AUMENTO DELLE COPERTURE SPECIALI

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

[Cod.Focas]	Cognome e Nome	Matricola Aziend.	Luogo e Data nascita

Paese	CIN-Euro	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente	Indirizzo di posta elettronica E_mail

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

Richiedibile sia dai Soci aderenti ad una delle <b>Opz.Normali</b> (Opz. 1, 1/A-D-S, 2 e 2/E) che dai Soci iscritti ad una delle <b>Opz.Convenz.</b> (Opz. A, 1/AA-A1-B-P, 2/A-Ae-A1-B-B1-D-F-F1-G-P).	X	Massimale *
<b>GRANDI RISCHI per Interventi Chirurgici</b>		€ 20.000
		€ 40.000
		€ 60.000
		€ 70.000
		€ 110.000
		€ 165.000
		€ 220.000

\* [da 1.1.2009]

Richiedibile dai soli Soci aderenti ad una delle <b>Opzioni Normali</b> (Opz. 1, 1/A-D-S, 2 e 2/E).	X	Diaria giornaliera
<b>DIARIA aggiuntiva per Ricovero Ospedaliero ordinario</b>		€ 25,90
		€ 31,00
		€ 36,20
		€ 41,40
		€ 46,50
		€ 51,70
		€ 62,00
		€ 77,50

- 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"/> <b>Socio</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Coniuge/ o conviv.more uxorio</b>	← purché iscritto nella lista degli attuali assistiti
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Figli</b>	← purché iscritti nella lista degli attuali assistiti
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Altri familiari</b> [solo Gr.Rischi]	← purché iscritti nella lista degli attuali assistiti

Avendo già in essere la copertura standard per la "Famiglia-base" (intendendosi per essa: il Socio + Coniuge + Figli fino al 26° anno d'età), eventualmente estesa (su richiesta) ad altri ulteriori familiari, chiedo che le attuali coperture vengano aumentate ai valori da me sopra indicati.

Prendo atto che in conformità alle condizioni generali di assistenza non vi è attualmente limite di età per la copertura Grandi Rischi (salvo la riduzione dei capitali per chi ha superato gli 80 anni), mentre la copertura con Diaria per Ricovero Ospedaliero ordinario cessa al compimento del 90° anno d'età; in entrambi i casi l'elevazione oltre gli 80 anni risulta subordinata alla presentazione, all'inizio di ogni rinnovo annuale, di apposita certificazione medica da rilasciarsi anche a cura dello stesso medico di base, attestante "condizioni di salute normale in relazione all'età" (con esclusione, quindi, di patologie particolari "a rischio").

Ai sensi del Regolamento le quote fisse e le quote integrative relative al gruppo familiare sono variabili ed annualmente determinate dal Cons. d'Ammin. del Fo.C.A.S. in conformità all'andamento del rischio e, pertanto, 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 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 .....