

Scelta operativa a partire dall'anno →

Anno

Azienda:		Al Fo.C.A.S. Soc.Mutuo Soccorso Uff.Amm.in.: 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85 Fas_cop.spec-fam.FIGLIO*GR+RO-OpzNom-14.07.doc
Matricola aziendale:	Ufficio:	

[Hanno diritto a poter chiedere l'estensione delle coperture speciali gli iscritti alle Opz. Normali/Convenz., per le altre Opzioni occorre il parere favorevole del Cons.Amm.inistraz.]

RICHIESTA DI ESTENSIONE DI COPERTURE SPECIALI all'intera Famiglia-base* del FIGLIO (anche se non convivente)

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

[Cod.Focas]	Cognome e Nome					Telefono (Ufficio)	Telefono (Casa)
Paese	CIN-Euro	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente	Indirizzo di posta elettronica E_mail	
Categ. (Dir./Qu./Imp./...)	Livello (Grado)					Data assunzione (solo neo-assunti)	
					← Dati relativi all'ultimo inquadramento. [Per i Pensionati ultima situazione ante pensionamento] →	 / /

- 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:

Richiedibile sia dai Soci aderenti ad una delle Opz.Normali (Opz. 1, 1/A-D-S, 2 e 2/E) che dai Soci iscritti ad una delle Opz.Convenz. (Opz. A, 1/AA-A1-B-P, 2/A-Ae-A1-B-B1-D-F-F1-G-P).	X	Massimale *
GRANDI RISCHI per Interventi Chirurgici		€ 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 Opzioni Normali (Opz. 1, 1/A-D-S, 2 e 2/E).	X	Diaria giornaliera
DIARIA aggiuntiva per Ricovero Ospedaliero ordinario		€ 25,90
		€ 31,00
		€ 36,20
		€ 41,40
		€ 46,50
		€ 51,70
		€ 62,00
		€ 77,50

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 d.f. (mio nipote)				
	2 Figlio d.f. (mio nipote)				
	3 Figlio d.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]