

Scelta operativa a partire dall'anno →

Anno .....

Azienda:		<b>Al Fo.C.A.S.</b> Soc.Mutuo Soccorso Uff.Ammn. 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85
Matricola aziendale:	Ufficio:	

N.B.-Per le altre Opz. non previste ai punti [a] e [b] occorre il parere favorevole del Cons.Ammne.

Fas\_estens.GR+RO=Famil.conviv-14.07.doc

## RICHIESTA di ESTENSIONE delle sole attuali **COPERTURE SPECIALI** 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. richiedo l'estensione delle sottoriportate coperture assistenziali:

[Cod.Focas]	Cognome	e Nome	Telefono (Ufficio)	Telefono (Casa)		
Categ. (Dir./Qu./Imp./...)	Livello (Grado)	Dati relativi all'ultimo inquadramento. [Per i Pensionati ultima situazione ante pensionamento]		Cellul.		
Paese	CIN-Euro	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente	Indirizzo di posta elettronica <b>E mail</b>

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

[a] Richiedibile sia dai Soci aderenti ad una delle **Opzioni Normali** (Opz. 1, 1/-A-D-S, 2 e 2/E, a mutualità piena) che dai Soci iscritti ad una delle **Opzioni Convenzionate** (Opz. A, 1/-AA-A1-B- P, 2/-A-A1-B-B1-D-F-FF-F1-G-P).

**GRANDI RISCHI per Interventi Chirurgici**

← solo per interv. chir. individuati come Grandi rischi ai sensi del DPR 17.2.92

[b] Richiedibile dai soli Soci aderenti ad una delle **Opzioni Normali** (Opz. 1, 1/-A-D-S, 2 e 2/E, a mutualità piena).

**DIARIA aggiuntiva per Ricovero Ospedaliero ordinario**

← sia per interventi chirurgici che per accertamenti e cure medicali

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

SI/NO <-a carico [IRPEF]

Assistiti	Cognome e Nome	Cod.Fiscale	S/N	Luogo e Data nascita
<b>N.B. Il Socio, il coniuge ed i figli fino al 26° anno d'età (purchè iscritti nella Lista degli assistiti) sono già compresi nella copertura base.</b>				
<b>1 figlio</b> /oltre 26 Anni				
<b>2 figlio</b> /oltre 26 Anni				
<b>3 figlio</b> /oltre 26 Anni				
<b>4 figlio</b> /oltre 26 Anni				
.....				
<b>Convivente more uxorio</b>			<b>N</b>	

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 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").

Prendo atto che 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 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.

Data.....

Firma .....

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