

**Richiesta al Fo.C.A.S. (in qualità di Fondo di 2° livello)
di liquidazione finale della documentazione di spesa,
senza preventiva liquidazione da parte del Fondo di 1° livello (Unica, ecc.).**

Io sottoscritto, socio del Fo.C.A.S, dipendente in servizio da:		-	
		- Azienda del Gruppo Unicredit	
[Cod.Focas]*	Cognome	Nome	Telefono (Ufficio)
	[*] in alternativa, indicare Matricola ed Azienda d'appartenenza		Telefono (Casa)
Matr.Az.→			Indirizzo di posta elettronica E_mail
Residente in: Via/ Piazza, con N° civico		C.A.P.	Comune

- preso atto che a seguito della trasformazione del Focas in Società di Mutuo Soccorso si è resa possibile l'applicazione del beneficio fiscale della **DETRAIBILITA' fiscale** (attualmente nella misura del 19%) dei contributi comunque versati dal socio al Focas-S.m.s. ne deriva che quanto globalmente rimborsato all'assistito (sia dal Fondo di 1° livello che dal Focas) non può globalmente superare la spesa sanitaria sostenuta dal Socio, sotto pena della perdita della natura di rimborso spese sanitarie, come tale tutelato da beneficio fiscale;

- preso atto che il Focas-S.m.s. allorquando opera come Fondo sanitario di 2° livello ha l'obbligo di osservare il rispetto del limite massimo del 100% nella misura del rimborso spese sanitarie;

- preso atto che i documenti di spesa e/o cartelle cliniche e/o documentazione accessoria di supporto NON saranno restituiti;

chiedo

che, in presenza ed operatività dei vincoli sopra riportati, il Fo.C.A.S. provveda comunque a liquidare, in via diretta e finale, quanto di sua competenza per la pratica sottosegnata:

Richiesta di liquidazione N. Importo spese sanitarie sostenute €

ASSISTITO (Cognome)	(Nome)	Data nascita	PARENTELA
	 / /	

Data

Firma