

Scelta operativa a partire dall'anno →

Azienda:	<b>Anno .....</b> <b>Al Fo.C.A.S.</b> Soc. Mutuo Soccorso ETS Uff. Ammin.: 36100 VICENZA - Via Quintino Sella, 85 Tel. 0444-238434 <a href="mailto:info@focascoop.it">info@focascoop.it</a> <a href="mailto:focascoop@pec.it">focascoop@pec.it</a> <small>Fas_variaz_Compizz.Fam-25.01.doc</small>
Matricola:	Ufficio:

## COMUNICAZIONE

### Iscrizione/ variazione nella composizione dei familiari assistiti di soci iscritti ad opzioni normali

Il sottoscritto aderente al Fo.C.A.S. nell'ambito dell'Opzione normale:

Barrare l'Opzione di appartenenza	<input type="checkbox"/> <b>1/A</b>	<input type="checkbox"/> <b>1/S</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>1/D</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>2/E</b>
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Categoria (Dirig/Quadro/Impieg./....)	Livello (Grado)	Dati relativi all'ultimo inquadramento. [Per i Pensionati ultima situaz. ante pensionamento] →	Data assunzione (solo neo-assunti) ..... / ..... / .....			
Paese	CIN-Euro	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente	Indirizzo di posta elettronica E_mail
Telefono (Ufficio)			Telefono (Casa)		Cellulare	

- in conformità agli Artt.9 e 11 Regolamento, comunica le seguenti variazioni intervenute nella composizione del gruppo familiare:

Assistiti	Cognome e Nome	Cod. Fiscale	S/N	Luogo e Data nascita
<b>SOCIO</b>				
	Data variazione: .....	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
<b>Coniuge</b>				
	Data variazione: .....	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
<b>More uxorio</b>			<b>N</b>	
	Data variazione: .....	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
<b>1 figlio</b>				
	Data variazione: .....	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
<b>2 figlio</b>				
	Data variazione: .....	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
<b>3 figlio</b>				
	Data variazione: .....	<input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Termine		Note
<b>4 figlio</b>				

Per "Famiglia-base" si intende il Socio + Coniuge + Figli fino al 26° anno d'età. Ai soli Soci ordinari aderenti ad una delle Opzioni Normali viene concessa la possibilità di richiedere l'estensione dell'assistenza sanitaria a favore del convivente more uxorio (purché la convivenza sia, annualmente, debitamente documentata), nelle stesse forme praticate al Socio e pagando la stessa aliquota integrativa personale prevista per il Socio stesso. 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 sul 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.

Prendo atto che il Socio risulta obbligato al pagamento dei contributi, secondo il livello ultimo goduto, per i 12 mesi successivi all'ultima erogazione usufruita, come previsto dal Regolamento. Ogni variazione avrà effetto a far tempo dall'avvenuta registrazione nella Lista degli assistiti e diventerà operativa dopo maturazione degli eventuali periodi di latenza previsti nel Regolamento.

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