MODULO CAMBIO PIANO PER LAVORATORE

E NUCLEO FAMILIARE GIA' ISCRITTO A FASIIL

AD USO ESCLUSIVO ED INTERNO DELL'AZIENDA

FASIIL
FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

COMPILARE IN STAMPATELLO E CONSEGNARE A CURA DEL LAVORATORE ALLA PROPRIA AZIENDA CHE PROVVEDERÀ AL CARICAMENTO SUL SITO www.fasiil.it

In nessun caso va inviato al Fondo.

DATI ANAGRAFICI:

Il sottoscritto .....

Codice FASIIL ..... Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

Residente in.....CAP .....

Comune..... Prov. ..... Stato.....

Recapito telefonico (abitazione) ..... (ufficio) .....

Cellulare ..... Fax .....

A CONOSCENZA:

- Dell'art. 4**, comma 2)**, del **Regolamento FASIIL**, per la parte in cui lo stesso dispone che, per il passaggio al piano PLUS, *"Il lavoratore può manifestare all'azienda di sua appartenenza la volontà di integrare il contributo di cui al comma 1 del presente articolo, per accedere ai pacchetti integrativi di cui al comma 3 dell'art. 12, messi a disposizione dal Fondo" e **comma 4)** "..... anche per il coniuge, il convivente more uxorio e i figli fiscalmente a carico, se iscritti, ..."* e tale volontà è comunicata, *"mediante la compilazione di apposita modulistica di istanza reperibile sul sito del Fondo, da consegnare **entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno in corso all'azienda**, che provvederà a caricarlo sul sito stesso **entro il 31 gennaio dell'anno successivo** (farà fede la data della modifica effettiva dei dati effettuata sul sito)"*.

- Dell'art. 12**, comma 3)**, del **Regolamento FASIIL**, *per la definizione dell'importo del contributo aggiuntivo che il lavoratore deve versare per il passaggio al piano PLUS: "... il contributo aggiuntivo è pubblicato nel Nomenclatore Tariffario delle prestazioni sanitarie rimborsabili" e* **comma 5)**, *" ... Il contributo a carico del lavoratore viene prelevato direttamente dalla retribuzione, attraverso una trattenuta mensile in busta paga"*.

DICHIARA LA PROPRIA VOLONTÀ DI EFFETTUARE

IL PASSAGGIO DAL PIANO SANITARIO (*)

"BASE" AL TIPO "PLUS" ☐ **"PLUS" AL TIPO "BASE"** ☐

a far data dal 1 gennaio.....

La scelta opzionata sarà la medesima anche per il nucleo familiare, se iscritto.

(*) Per i dettagli dei piani sanitari si rinvia al Nomenclatore Tariffario su www.fasiil.it

Data..... **Firma del dipendente iscritto principale** .....

Timbro e firma dell'impresa.....

Per qualsiasi informazione è a disposizione il **CONTACT CENTER**, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 17.00, al numero **06 45759001**