

MODULO DI RICHIESTA

PROSECUZIONE VOLONTARIA DEL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

DA PARTE DEGLI EX DIPENDENTI GIÀ ISCRITTI AL FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA FASIIL ENTRO I 60 GIORNI SUCCESSIVI ALLA CHIUSURA DELLA POSIZIONE EFFETTUATA DALL'IMPRESA SU WWW.FASIIL.IT

Compilare e inviare al Fondo a cura dell'interessato oppure consegnare alla propria azienda che provvederà ad inoltrarlo al Fondo, all'indirizzo dedicato: ***contribuzionevolontaria@fasiil.it***

DATI ANAGRAFICI

CODICE FASIIL	(da indicare sempre) - RESTA IMMUTATO																												
Cognome.....	Nome.....																												
Sesso (M/F).....	Codice fiscale <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
Nato a.....	Prov.	Stato.....	il																										
Residente in.....	CAP																												
Comune.....	Prov.	Stato.....																											
Recapito telefonico (abitazione)	(ufficio)																												
Cellulare	Fax																												

INDIRIZZO E-MAIL

a cui saranno inviate le credenziali indispensabili per accedere alla propria all'Area Riservata su www.fasiil.it

COORDINATE BANCARIE:

codice IBAN (27 caratteri - rivelabili dall'estratto di conto corrente)

*Obbligatorio compilare tutte le caselle con il codice IBAN

I	T																																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RICHIESTA DI MANTENIMENTO DELL'ISCRIZIONE

Come previsto dal Regolamento del Fondo, all'art. 2, comma 1, lett. E), richiedo di mantenere l'iscrizione a **FASIIL attraverso il versamento volontario dei contributi individuali** a copertura e sostegno della mia assistibilità in continuità con i versamenti aziendali. **L'esito della richiesta, previa verifica dei requisiti necessari, sarà comunicata all'indirizzo email di riferimento indicato sopra**, con indicazioni, se positivo, delle modalità di attivazione. In tal caso, la decorrenza dell'assistibilità risulterà in continuità con i versamenti aziendali, fatto salvo che la copertura contributiva non abbia interruzioni.

DATA CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO

PENSIONAMENTO:

Sì indicare data inizio **(allegare autorizzazione INPS o dichiarazione dell'azienda di appartenenza)**

No indicare data maturazione requisiti

indicare eventuali periodi di accompagnamento tramite forme di sostegno al reddito ai sensi della legislazione vigente:
.....

Data inizio prosecuzione volontaria per l'anno

PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il versamento dei contributi volontari dovuti, successivi al primo, sarà effettuato direttamente dall'iscritto in modo **ANNUALE ANTICIPATO, entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, a mezzo SDD (Sepa Direct Debit) o bonifico bancario**, secondo gli importi di cui all'art. 12 del Regolamento FASIIL. A tal fine la riattivazione della posizione anagrafica e della relativa assistibilità avverrà solo previo pagamento del primo contributo, come comunicato dal Fondo.

RICHIESTA MANTENIMENTO DELL'ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

In caso di accoglimento della presente richiesta, **CHIEDO IL MANTENIMENTO** dell'iscrizione a FASIIL del mio nucleo familiare, già iscritto a FASIIL, così composto:

CONIUGE/CONVIVENTE

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

NB: L'iscrizione è possibile solo per i figli fiscalmente a carico appartenenti al nucleo familiare e inclusi nello stato di famiglia del dipendente iscritto (art. 3, Regolamento del Fondo).

Mi impegno a segnalare tempestivamente a FASIIL, per il tramite dell'Azienda, i mutamenti intervenuti rispetto alla situazione sopra autocertificata, consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Data Firma del dipendente iscritto principale

Si ricorda che, a norma di Regolamento, FASIIL si riserva la facoltà di richiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica delle condizioni di iscrivibilità.

RINUNCIA ISCRIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

In caso di accoglimento della presente richiesta, **DICHIARO DI RINUNCIARE VOLONTARIAMENTE** all'iscrizione a FASIIL del mio intero nucleo familiare, già iscritto a FASIIL, così composto:

CONIUGE/CONVIVENTE

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

FIGLIO FISCALMENTE A CARICO

Data Firma del dipendente iscritto principale

EVENTUALE MODIFICA DEL PIANO SANITARIO PRECEDENTE (*)

(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

BASE

PLUS

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - GDPR - REGOLAMENTO UE (2016/679)

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa allegata, disponibile anche sul sito di FASIIL/modulistica ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali.

Data Firma del dipendente iscritto principale