MODULO CAMBIO PIANO PER LAVORATORE
E NUCLEO FAMILIARE GIA' ISCRITTO A FASIIL

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

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 8,30 alle 19,30, al numero **051 3542041**