

MODULO DI ADESIONE ALLA TUTELA INTEGRATIVA

FONDO SOLIDALE *(solo per soci ordinari e speciali)*

LE DOMANDE MODULO E DELEGA DOVRANNO PERVENIRE A UFFICIO SOCI tramite mail soci@coopselios.com

Il/La Sottoscritto/a _____ già iscritto/a al Fondo Sanitario Integrativo Cooperativa Sociale Coopselios ed in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto dalla Cooperativa Sociale COOPSELIOS e la Società nazionale di mutuo soccorso Reciproca, chiede di essere collocato nella forma di assistenza base **“Fondo integrativo sanitario Cooperativa COOPSELIOS – Tutela integrativa Fondo Solidale”**

Nato a _____ Il _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Residente in via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

N° tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

l'adesione personale al Fondo Solidale

Di seguito le cifre del contributo mensile (l'importo mensile verrà trattenuto da busta paga ogni mese per 12 mesi) a seconda del contratto orario di lavoro e di seguito l'importo che vi verrà erogato giornalmente in caso di malattia oppure quello mensile.

ESEMPIO: socio o socia con un contratto di lavoro tra le 30 e le 38 ore se versa € 3,00 al mese per 12 mesi in caso di malattia che superi i 180 giorni potrà contare su un aiuto economico di circa € 780,00 in media al mese.

Ipotesi contribuzione e rimborso fondo					Segnare con una X tipo di contratto
26 giorni medi mensili	contributo/mese	rimborso/die	rimborso/mensile calcolato su 26 gg.lavorativi	tot 150 gg	
da 30 a 38 ore settimanali	€ 3,00	€ 30,00	€ 780,00	€ 4.500,00	
da 20 a 29 ore settimanali	€ 2,00	€ 25,00	€ 650,00	€ 3.750,00	
fino a 19 ore settimanali	€ 1,00	€ 20,00	€ 520,00	€ 3.000,00	

Data _____

Firma _____

