

Alla **CAMPA**  
Società di Mutuo Soccorso  
Via Luigi Calori, 2/G  
40122 Bologna

## SCHEDA DI ADESIONE “proteggero”

### Copertura delle spese socio-sanitarie assistenziali per la Non autosufficienza permanente

Io titolare sottoscritto Nome .....

Cognome..... Tessera n.....

Nato a.....il.....CF .....

Desidero abbinare la formula di assistenza **PROTEGGERO** alle mie attuali per me (*se entro 65 anni*) e/o per i miei familiari (*18-65 anni*). La selezione della formula Proteggero segue quello della formula principale.

Chiedo che i contributi aggiuntivi mi siano calcolati nelle prossime richieste di versamento. È possibile aderire a “Proteggero” entro il 65° anno di età e con l’esclusione delle patologie preesistenti.

Una volta attivata, la copertura sarà a vita intera. “Proteggero” può essere selezionata solo in abbinamento con un’altra delle formule di assistenza della CAMPA (Formule Complete e Parziali del Piano).

#### Persone per cui richiedo l’attivazione della copertura Proteggero (18-65 anni)

1. Nome Cognome Titolare.....età.....

2. Nome Cognome familiare.....età.....

3. Nome Cognome familiare.....età.....

4. Nome Cognome familiare.....età.....

5. Nome Cognome familiare.....età.....

**Sono consapevole che:** l’Assistenza Proteggero può essere attivata solo dai 18 ai 65 anni e che sono escluse le patologie preesistenti; è estesa al nucleo familiare convivente ma può essere attivata anche individualmente dal titolare; se si smette di versare dopo i 65 anni non si può più rilesionare; le fasce contributive > 65 anni saranno operative solo per i Soci che selezioneranno l’assistenza entro il 65° anno di età; i contributi potranno essere aggiornati periodicamente per garantire la sostenibilità delle prestazioni.

Data ..... Firma Titolare .....

Confermo di aver preso visione e di accettare il Regolamento della Assistenza Proteggero e tutte le eventuali variazioni dello stesso validamente deliberate dal CdA CAMPA.

Firma Titolare .....