

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

## SCHEDA DI ADESIONE “PROTEGGO plus LTC”

Copertura per le spese socio-sanitarie assistenziali per la Non autosufficienza permanente

Io titolare sottoscritto Nome ..... Cognome.....  
Nato a.....il.....CF.....  
Residenza..... Tessera .....

Desidero abbinare la formula di assistenza **Proteggio plus LTC** per me (*se entro 75 anni*) e/o per i miei familiari (*18-75 anni*). **Sono consapevole che:**

- l'Assistenza Proteggio plus LTC può essere attivata solo dai 18 ai 75 anni (alla data dell'attivazione della copertura in base alle finestre di inserimento 01/01; 01/04; 01/07; 01/10 non devono essere trascorsi sei mesi dal compimento dell'età anagrafica di 75 anni). Dal 2027 il limite di primo ingresso si riduce a 70 anni.
- Una volta attivata, la copertura sarà a vita intera. Sono escluse le patologie preesistenti.
- “Proteggio plus LTC” può essere selezionata solo in abbinamento con un'altra delle formule di assistenza della CAMPA (Formule Complete e Parziali del Piano).
- Può essere estesa al nucleo familiare convivente ma può essere attivata anche individualmente.
- Se si smette di versare dopo i 75 anni non si può più risSelectedionare; la fascia contributiva > 75 anni sarà operativa solo per i Soci che abbinano l'assistenza entro il 75° anno di età.
- I contributi potranno essere aggiornati periodicamente per garantire la sostenibilità delle prestazioni.

☐ Chiedo che i contributi aggiuntivi mi siano calcolati nelle prossime richieste di versamento (*adesione dal 1.1*)

☐ Verso i contributi per l'anno in corso sull'IBAN CAMPA IT 30 A 07072 02403 000000044591 (*adesioni successive*)  
Selezionare la finestra inserimento: ☐ 01/01; ☐ 01/04; ☐ 01/07; ☐ 01/10.

**Persone per cui richiedo l'attivazione della copertura Proteggio plus LTC (18-75 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.....

Data

Firma Titolare

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

Firma Titolare