

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 **Proteggo plus LTC** per me (*se entro 75 anni*) e/o per i miei familiari (*18-75 anni*). **Sono consapevole che:**

- l’Assistenza Proteggo 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.
- “Proteggo 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 rielezionare; 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 Proteggo 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 Proteggo plus LTC e tutte le eventuali variazioni dello stesso validamente deliberate dal CdA CAMPA.

Firma Titolare