

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

## SCHEDA DI ADESIONE “proteggero plus”

### Copertura delle 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 **Proteggero plus** per me (*se entro 75 anni*) e/o per i miei familiari (*18-75 anni*). **Sono consapevole che:**

- L'assistenza Proteggero plus 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);
- Una volta attivata, la copertura sarà a vita intera. Sono escluse le patologie preesistenti;
- “Proteggero plus” 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 01/01*)

Verso i contributi per l'anno in corso sull'iban CAMPA IT 73 P 05387 02400 000000073575 (*adesioni successive*)

Selezionare la finestra inserimento:  **01/01**;  **01/04**;  **01/07**;  **01/10**.

#### Persone per cui richiedo l'attivazione della copertura Proteggero plus (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 della Assistenza Proteggero plus e tutte le eventuali variazioni dello stesso validamente deliberate dal CdA CAMPA.

Firma Titolare .....