

Alla Segreteria **CAMPAM**  
Mutua Sanitaria SMS ETS  
Via Luigi Calori, 2/g  
40122 Bologna BO  
[segreteria@campam.it](mailto:segreteria@campam.it)

## PASSAGGIO / AGGIUNTA FORMULA DI ASSISTENZA

Io sottoscritto Nome ..... Cognome.....

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

Residenza..... Tessera .....

In qualità di Socio Titolare CAMPAM, e avendo ricevuto autorizzazione dalla Segreteria Ufficio Soci, chiedo di

☐ **Passare** ☐ **Aggiungere** (spuntare la voce scelta)

alla nuova formula di assistenza .....

☐ La variazione coinvolge l'intero nucleo familiare convivente già iscritto:

1. Nome Cognome familiare.....
2. Nome Cognome familiare.....
3. Nome Cognome familiare.....
4. Nome Cognome familiare.....

☐ La variazione riguarda solo il sottoscritto perché sono iscritto da solo  
o perché gli altri familiari non indicati sopra mantengono la formula di assistenza precedente.

☐ La variazione riguarda solo il/i seguente/i familiare/i

1. Nome Cognome familiare.....
2. Nome Cognome familiare.....

- ✓ Sono consapevole che il passaggio del titolare alla nuova formula di assistenza fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo, con i relativi rinnovi automatici ai sensi dell'art. 9 Statuto.
- ✓ Accetto l'applicazione delle carenze previste dall'art. 14 del Regolamento per le prestazioni nuove o maggiorate della nuova formula.

Data

Firma Titolare

.....

.....