

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Evento

Convenzione

Promotore

Al Consiglio di Amministrazione della
CAMP Mutua Sanitaria Integrativa
Società di Mutuo Soccorso
Via L. Calori 2/G - 40122 Bologna

Il Sottoscritto

nato a (.....) il

residente CAP

Via n. Tel.

Attività esercitata Cod. Fiscale

Indirizzo e-mail Cell.

domanda

di essere iscritto a codesta Sms **CAMPA** in qualità di titolare del rapporto associativo, con l'assunzione di quanto previsto e prescritto da Statuto e Regolamento, che sono stati redatti in osservanza della normativa che regola le Società di Mutuo Soccorso. Richiede inoltre l'iscrizione dell'intero nucleo familiare convivente (marito, moglie, conviventi more uxorio o uniti civilmente, figli) risultante da autocertificazione; i quali, ugualmente con la firma apposta, domandano di divenire associati ai medesimi effetti e delegano il titolare a tenere i rapporti con la **CAMPA**, in particolare per quanto riguarda i versamenti dei contributi associativi e la ricezione dei sussidi e dei rimborsi (è data tuttavia la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i familiari conviventi, mediante il pagamento di un contributo maggiorato).

Tutti i sottoscritti dichiarano di aver preso visione di Statuto e Regolamento, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettarne ogni variazione che sia validamente approvata dall'Assemblea, come pure ogni deliberazione legalmente assunta dal CdA **CAMPA**, in particolare la determinazione delle prestazioni del Piano di Assistenza e dei contributi associativi annui.

In attesa dell'esito della presente domanda **allega la ricevuta di versamento delle quote di iscrizione e dei contributi** fino al 31 dicembre p.v., e lo stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

COGNOME e NOME FAMILIARI	LUOGO e DATA di nascita	Grado di parentela
1.		
Attività	C.F.	Firma
2.		
Attività	C.F.	Firma
3.		
Attività	C.F.	Firma
4.		
Attività	C.F.	Firma

Dichiara di avere altre forme di copertura sanitaria oltre a quella del Ssn: No Si

Se Sì, si impegna a comunicare alla **CAMPA** l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

Specificare il tipo di ASSISTENZA SCELTA

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi gli vengano accreditati sul proprio c/c bancario - IBAN:

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C

In fede

.....li

.....

ESTRATTO DELLO STATUTO

SCOPO SOCIALE

ART. 3

La CAMPА ha per scopo l'attività di mutuo soccorso tra gli associati con esclusione di qualsiasi attività di lucro e l'erogazione di assistenza sanitaria integrativa di quella fornita dallo Stato e da altri organismi pubblici, con le modalità e nei limiti fissati dallo Statuto e dal Regolamento. Le attività di cui sopra si richiamano alla legge 3818 del 15 aprile 1886 e alle successive modifiche e integrazioni, e a tutte le norme in materia di mutualità, sanità integrativa e Fondi sanitari, nonché alle norme del Codice del Terzo Settore.

ART. 8

Le domande d'iscrizione sono sottoposte all'esame ed al giudizio insindacabile del CdA.

ART. 9

L'accoglimento della domanda d'iscrizione impegna il titolare del rapporto di associazione al regolare e tempestivo pagamento degli importi contributivi per sé e per i familiari per tre anni oltre all'anno di iscrizione. L'iscrizione si intende rinnovata tacitamente di tre anni in tre anni, salvo disdetta a mezzo lettera raccomandata da inviarsi almeno tre mesi prima della scadenza triennale. I soci sono tenuti al rispetto dello Statuto e del Regolamento Generale della Società e ad osservare le deliberazioni validamente assunte dall'Assemblea e dal Consiglio di Amministrazione.

ART. 10

L'iscrizione decorre dal primo giorno del mese in cui si effettua il versamento delle quote di iscrizione e dei contributi.

ART. 12

Il rapporto di associazione si estingue:

- a) per morte;
- b) per recesso volontario alle scadenze del rapporto associativo come previste dall'art. 9;
- c) per esclusione. L'esclusione può essere comminata al titolare del rapporto di associazione o ai singoli familiari associati per danneggiamento morale o materiale procurato alla CAMPА; l'associato escluso può ricorrere in questo caso, entro 15 giorni dalla data di notifica del provvedimento, al Collegio dei Proviviri.

CONTRIBUTI

ART. 15

Il titolare del rapporto associativo che non ottemperi al tempestivo versamento dei contributi perde il diritto a qualsiasi assistenza per sé e per i familiari. L'assistenza verrà ripristinata 30 giorni dopo l'avvenuta regolarizzazione amministrativa, consistente nel versamento dei contributi e degli interessi di mora.

PRESTAZIONI

ART. 19

Non rientrano mai fra le prestazioni assistibili:

- a) le malattie psichiche e mentali;
- b) le manifestazioni morbose in rapporto o in dipendenza di abuso di alcolici o ad uso di stupefacenti;
- c) le malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- d) le cure estetiche.

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO GENERALE

MODALITÀ PER LE ISCRIZIONI

ART. 1

Le domande di iscrizione devono essere compilate sull'apposito modulo, complete di tutte le informazioni richieste. Le domande devono essere accompagnate dalla ricevuta del versamento delle quote di iscrizione e dei contributi fissati per ciascun tipo di assistenza e deliberati dal Consiglio di Amministrazione, nonché dal certificato di stato di famiglia o autocertificazione ai sensi di legge.

ART. 3

L'iscrizione deve comprendere l'intero nucleo familiare convivente (marito, moglie, conviventi more uxorio o uniti civilmente, figli), risultante da autocertificazione; possono essere richieste documentazioni comprovanti. Possono iscriversi nella stessa posizione eventuali altri parenti aventi stessa residenza del titolare. E data tuttavia la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i familiari conviventi, mediante il pagamento di un contributo maggiorato stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione (attualmente 100%). L'iscrizione deve avvenire nelle medesime formule di assistenza per tutto il nucleo familiare, salvo casi eccezionali autorizzati dal Comitato Esecutivo.

Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla CAMPА tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio nucleo familiare convivente. I congiunti ed i figli, rispettivamente acquisiti o nati successivamente alla data di iscrizione o di estensione dell'assistenza al proprio nucleo familiare, devono essere assoggettati al versamento contributivo.

In caso di **assistenza alla gravidanza e al parto** è necessaria sempre l'iscrizione di entrambi i genitori naturali del bambino anche se non conviventi; diversamente dovrà essere versato il contributo associativo maggiorato previsto per chi esclude i familiari. I nuovi nati potranno godere dell'assistenza gratuita per il 1° anno di vita con decorrenza immediata, previo il versamento della quota di iscrizione una-tantum entro 20 gg. dalla nascita. I contributi associativi dovranno essere versati a partire dal compimento del 1° anno di vita.

Qualora un familiare non sia più convivente, esca dal nucleo e costituisca una nuova famiglia è necessario aprire una posizione autonoma. L'iscritto che estende l'assistenza sanitaria ai propri familiari, deve inoltrare un'altra domanda con le modalità richieste dall'art. 1 del presente Regolamento.

L'estensione dell'assistenza al coniuge, ai figli o altri familiari non sposta la decorrenza del rapporto associativo se l'iscrizione avviene entro 20 gg. dalla data in cui entrano a far parte del proprio nucleo familiare.

Se l'estensione dell'assistenza ai familiari avviene invece in un secondo tempo, la decorrenza dei termini dell'impegno associativo di cui all'art. 9 dello Statuto, si intenderà spostata alla data della domanda.

ART. 5

Passaggio ad un'altra forma di assistenza

Per poter cambiare tipo di assistenza è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso. Gli associati, già iscritti ad un tipo di assistenza, possono però passare ad un tipo di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso. Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione. Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 14 del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza. Il passaggio ad un'altra forma di assistenza fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nel nucleo familiare convivente.

ART. 7

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della CAMPА sono consentite fino al 70° anno di età (escluso le assistenze IGIC Integrazione Grandi Interventi Chirurgici, Più Smart Family e altre eventuali ad hoc che hanno un limite di ingresso inferiore o diverso). Gli ultrasettantenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 70° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare (con le medesime esclusioni sopra descritte). Gli associati già iscritti potranno continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età.

ART. 14

Decorrenza dell'assistenza e malattie preesistenti

L'erogazione dell'assistenza decorre in via generale dal 1° giorno del terzo mese successivo a quello di iscrizione. In caso di gravi infortuni o eventi traumatici accertati dal Pronto Soccorso, che determinino nuove patologie e non riacutizzazione o aggravamento di patologie preesistenti, l'assistenza decorre immediatamente dal momento dell'iscrizione.

Per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a malattie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 mesi dall'iscrizione; dopodiché per i successivi 24 mesi il rimborso sarà pari al 50% di quello previsto dal tariffario secondo le varie forme di assistenza; dopo tale periodo sarà riconosciuto il rimborso previsto dal tariffario. L'assistenza alla gravidanza e al parto decorre dopo tre mesi dall'iscrizione ma fino al 12° mese di iscrizione può essere garantita solo in forma indiretta.

ART. 17

I ricoveri sono riconoscibili per le malattie che richiedono interventi chirurgici, per gravi patologie da diagnosticarsi o non curabili a domicilio o per il parto. Non sono riconosciuti i ricoveri eseguiti per l'effettuazione di soli check-up. Non sono riconosciute le ospedalità per le malattie indicate dall'art. 19 dello Statuto, nonché per le malattie croniche salvo brevi periodi di riacutizzazione comprovata. Non sono pure riconosciute le ospedalità che in qualsiasi modo possono essere giudicate ospedalità per la custodia o per semplice assistenza infermieristica. Per le degenze in medicina il concorso giornaliero (...) è riconoscibile per un massimo di 90 gg. nell'arco dell'anno solare e fino a un massimo di 30 gg. per ogni evento patologico.

ART. 18

Per ogni richiesta di assistenza relativa a ricoveri, sia in forma diretta sia in forma indiretta, deve essere effettuata la comunicazione di "apertura della malattia" contenente nome e cognome e numero tessera dell'assistito accompagnata dalla prescrizione del medico curante con motivazione, diagnosi o sospetto diagnostico che rende necessario il ricovero, prognosi e data da inviarsi agli uffici della CAMPА entro e non oltre l'ottavo giorno dall'inizio della degenza. Per ricoveri all'estero il termine viene elevato a quindici giorni. Protraendosi il ricovero oltre ai 20 giorni l'associato dovrà darne comunicazione alla CAMPА per ottenere la eventuale proroga. Alla fine del ricovero, non oltre tre mesi dalla data di dimissione, l'associato deve trasmettere agli uffici della CAMPА la documentazione giustificativa delle spese sostenute con specifica distinzione tra la spesa per la degenza, quella per gli onorari medici e le altre prestazioni sanitarie.

Tale documentazione deve essere sempre comprovata dalla copia della cartella clinica ospedaliera. Per ricoveri all'estero il termine per la presentazione della documentazione di spesa è elevato ad un anno dalla fine del ricovero.

ART. 19

Per le prestazioni, specialistiche ambulatoriali, diagnostiche e le altre che non comportano ricovero, le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse alla CAMPА entro 30 gg. dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione medica completa di diagnosi e dalla copia del referto indicante la specifica delle prestazioni svolte.

ART. 20

La mancata apertura della malattia e il mancato invio della documentazione prescritta entro i termini previsti dagli artt. 18 e 19 del presente Regolamento, costituiscono causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni.

ART. 35

CLAUSOLA ARBITRALE

Per i casi di controversie di natura medica sull'ammissibilità a rimborso delle pratiche di malattia, nonché sulla misura dei rimborsi o dei sussidi, qualora l'associato non intenda rivolgersi o non si ritenga soddisfatto della decisione del Collegio dei Proviviri (che interviene come amichevole compositore), l'Associato e la CAMPА si obbligano a far decidere la controversia da un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo dai due medici già nominati o, in caso di inerzia o di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bologna. (...)

Conferma infine espressamente di aver preso visione e di accettare in particolare gli artt. 3, 8, 9, 10, 12, 15, 19 dello Statuto Sociale e gli artt. 1, 3, 5, 7, 14, 17, 18, 19, 20, 35 del Regolamento Generale.