



## GALENO FAMILY, PER LA FAMIGLIA DEI MEDICI.

Galeno Family è il piano riservato ai figli dei soci iscritti a Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo e accogliere i figli che non fanno parte - secondo i termini del Regolamento Galeno - del nucleo familiare.

## GALENO FAMILY COMPRENDE TRE AREE DI TUTELA.

**Ombrello/Fondo sanitario integrativo** per proteggere la salute dell'aderente e della sua famiglia: prevenzione, assistenza sanitaria, diaria in caso di ricovero in strutture del SSN, long term care per i casi di non autosufficienza

**Salvagente** per far fronte all'imprevisto: premorienza, invalidità permanente da infortunio o da malattia

**Salvadanaio** per pensare al futuro: previdenza integrativa e complementare

## COME ADERIRE AL PIANO GALENO FAMILY.

Per aderire al Piano è necessario presentare richiesta di adesione al Consiglio di amministrazione di Galeno consegnando direttamente all'**incaricato ufficiale** o inviando a mezzo **fax** al numero 06 44 24 87 05 o tramite **e-mail** a [backoffice@cassagaleno.it](mailto:backoffice@cassagaleno.it) o spedendo tramite **lettera raccomandata** a GALENO, viale Vittorio Emanuele Orlando 83 - 00185 Roma:

- il presente modulo, da compilare in ogni sua parte
- fotocopia di un documento d'identità
- modello SEPA
- in mancanza del modello SEPA, copia del bonifico (IBAN IT70 X030 3213 2000 1000 0002 916) o assegno (non trasferibile, intestato Galeno Soc. Mutua Coop / Fondo Sanitario Integrativo).

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE



### **RICHIESTA D'ISCRIZIONE E RIEPILOGO CONTRIBUTI** pag. 2 e 3

Perché la Cassa possa erogare in favore dei propri soci e dei loro familiari le prestazioni previste nel Regolamento è indispensabile che i richiedenti l'iscrizione forniscano l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Pertanto l'eventuale rifiuto al trattamento ed alla comunicazione di tali dati, ai soli fini dell'adempimento delle prestazioni assicurative, previdenziali e assistenziali, comporta l'impossibilità di iscrizione alla Cassa.

### **SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA** pag.4

Deve essere compilata da tutti gli aderenti in quanto per tutti è previsto un capitale assicurativo di almeno 5.165,00 euro. La parte riguardante le dichiarazioni aggiuntive deve essere compilata e firmata solo nel caso in cui il capitale assicurato superi i 69.000 euro (in relazione alle caratteristiche del piano o a eventuale integrazione richiesta) o in presenza delle seguenti patologie:

- 1) patologie cardio-vascolari (escludendo l'ipertensione): infarto miocardico, ictus, trombosi, aneurismi vascolari;
- 2) tumori maligni;
- 3) malattie neurologiche: Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, sclerosi multipla, esiti poliometelite;
- 4) malattie autoimmuni: lupus eritematoso, sclerodermia, sindrome di Sjogren.

## 2 RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Cognome .....

Nome .....

Codice Fiscale                      Sesso  M  F

Luogo di nascita .....

Data di nascita (gg/mm/aaaa) .....

Domicilio: città/cap ..... indirizzo .....

Telefono abitazione ..... cellulare .....

Telefono studio ..... fax .....

e-mail ..... PEC .....

*Si prega di compilare tutti i campi*

### CHIEDE DI ADERIRE AL PIANO

singolo

con famiglia

coniuge (legale o di fatto) .....

luogo di nascita .....

data di nascita (gg/mm/aaaa) .....

codice fiscale

figlio/a .....

luogo di nascita .....

data di nascita (gg/mm/aaaa) .....

codice fiscale

figlio/a .....

luogo di nascita .....

data di nascita (gg/mm/aaaa) .....

codice fiscale

figlio/a .....

luogo di nascita .....

data di nascita (gg/mm/aaaa) .....

codice fiscale

figlio/a .....

luogo di nascita .....

data di nascita (gg/mm/aaaa) .....

codice fiscale

### 3 RIEPILOGO CONTRIBUTI

Spese d'iscrizione (una tantum)	euro	104,00
Primo contributo mensile	euro	
Totale versamento all'iscrizione	euro	

#### SCEGLIE

- Forma previdenziale classica       Fondo Pensione Aperto

Beneficiari in caso di morte

.....

I contributi mensili verranno incassati con addebito sul c/c bancario dell'aderente con procedura SEPA SDD.

Dichiara di aver preso visione del Regolamento Galeno Family, accettandolo integralmente.

Data ..... Firma .....

#### LIBERATORIA PRIVACY

##### Consenso necessario al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di quanto specificato all'art. 11 del Regolamento Galeno Family, contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 e con la sottoscrizione del presente modulo dichiara di prestare il consenso per il trattamento dei dati personali e specificamente anche di quelli relativi allo stato di salute da parte di Galeno in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE per le finalità indicate al paragrafo 2, numeri 1, 2, 3, 4 della suddetta informativa per il trattamento dei dati personali (a titolo esemplificativo, finalità istituzionali di Galeno, invio di comunicazioni di natura amministrativa, adempimento ed esecuzione di rapporti contrattuali (es. gestione sinistri), di natura amministrativa, gestionale, contabile di obblighi di legge). Il conferimento e trattamento dei dati personali resi nella presente scheda è strettamente necessario alla gestione, esecuzione e fornitura dei servizi assicurativi, previdenziali ed assistenziali previsti da Galeno. L'eventuale rifiuto al trattamento di tali dati, ai soli fini dell'adempimento delle prestazioni e finalità indicate, comporta per Galeno l'impossibilità di fornire le stesse e, pertanto, di accettare l'iscrizione del richiedente.

- SÌ       NO      (consenso necessario)

##### Consenso facoltativo al trattamento dei dati personali per finalità di marketing (informazioni commerciali e attività promozionali)

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate al paragrafo 2, numero 5 dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 per l'invio di comunicazioni e/o materiale di carattere commerciale e promozionale anche relativo a nuovi servizi di Galeno ed in particolare a nuove proposte assicurative, previdenziali, assistenziali, anche mediante l'utilizzo del telemarketing, di sistemi automatizzati di chiamata, senza l'intervento di un operatore, posta anche elettronica, telefax e messaggi di tipo MMS (Multimedia Message Service) e SMS (Short Message Service), applicazioni informatiche (APP), nell'area riservata del sito internet, ovvero attraverso social network.. I dati potranno, altresì, essere utilizzati da Galeno per attività di monitoraggio dei servizi e di customer service. L'autorizzazione per tali finalità è facoltativa in quanto non pregiudica la gestione, esecuzione dei rapporti contrattuali e fornitura delle prestazioni e dei servizi istituzionali erogati e previsti da Galeno.

- Esprimo Consenso       Nego Consenso      (consenso facoltativo)

##### Consenso facoltativo al trattamento dei dati personali per finalità di comunicazione a terzi

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate al paragrafo 2, numero 6 dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 per la comunicazione a terzi (es. fornitori e partner commerciali) per finalità di marketing e commerciali. L'autorizzazione per tali finalità è facoltativa in quanto non pregiudica la gestione, esecuzione dei rapporti contrattuali e fornitura delle prestazioni e dei servizi istituzionali erogati e previsti da Galeno.

- Esprimo Consenso       Nego Consenso      (consenso facoltativo)

##### Consenso al trattamento dei dati personali per finalità di profilazione

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate al paragrafo 2, numero 7 dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, limitatamente ai dati conferiti attraverso la compilazione dei moduli (form) on-line per rilevare le preferenze personali degli utenti ed inviare loro informazioni, anche di carattere commerciale, più rispondenti ai loro interessi.

- Esprimo Consenso       Nego Consenso      (consenso facoltativo)

Data ..... Firma .....

# 4 SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA PER IL CASO MORTE

Convenzione n. 1013108 UnipolSai Assicurazioni S.p.A – Direzione Area Broker Roma cod. 0074/40423  
(prima della sottoscrizione, si raccomanda all'Assicurando di verificare l'esattezza delle dichiarazioni)

Cognome e Nome: ..... C.F. ....  
Luogo e data di nascita (gg/mm/aaaa) .....  
Domicilio: Città/Cap ..... indirizzo .....  
Professione: .....  
Capitale da assicurare: come da piano ..... Decorrenza dell'assicurazione: come da Regolamento .....

Beneficiari: .....

(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)

Il sottoscritto dichiara di conoscere le condizioni di cui alla Convenzione n. 1104183 stipulata tra UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e GALENO Soc. Mutua Coop./ FSI, nonché di aver ricevuto dal Contraente le relative Condizioni regolanti l'assicurazione, e acconsente all'assicurazione medesima, a norma del disposto dell'art. 1919 del Codice Civile, a cui aderisce mediante la sottoscrizione della presente scheda.

Data ..... L' Assicurando .....

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali) e del Regolamento UE 679/2016, preso atto dell'Informativa riportata all'Art. 11 del Regolamento Galeno Family e dell'informativa ricevuta da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., qui allegata, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali.

Data ..... L' Assicurando .....

## DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE da compilarsi esclusivamente:

IN PRESENZA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE: **patologie cardiovascolari quali infarto miocardico, Ictus, Trombosi, Aneurisma vascolare; Tumori maligni; patologie neurologiche quali Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, Sclerosi multipla, esiti Poliomielite; patologie autoimmuni quali Lupus eritematoso, Sclerodermia, Sindrome di Sjogren;**

IN CASO DI CAPITALE COMPLESSIVAMENTE SUPERIORE A 69.000 euro

**Al fine di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione del rischio, da parte della Compagnia, relativo alla presente assicurazione, a norma del disposto degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.**

### AVVERTENZE

Dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono, da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e, in ogni caso, al momento della compilazione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, relative a informazioni rese dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive, il soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni stesse;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Data ..... L' Assicurando .....

1) Ha sofferto o soffre attualmente di malattie (tra cui eventuali patologie sopraindicate), alterazioni morbose o menomazioni fisiche tali da alterare il buono stato di salute?

Sì  NO se Sì compilare il seguente riquadro

Descrizione evento	Anno	Ricovero	Intervento chirurgico (descrizione)	Postumi (descrizione)
		Si/NO	Si/NO	
		Si/NO	Si/NO	
		Si/NO	Si/NO	

2) Negli ultimi 5 anni ha consultato medici?  Sì  NO

Se Sì, indicare motivo, anno ed esito

3) Indicare Peso: Kg ..... Altezza: cm ..... Valori pressori: min. .... max. ....

4) Pratica sport o attività pericolose?  Sì  NO se Sì, quali? .....

5) Gode di pensione di invalidità o ne ha fatto richiesta?  Sì  NO Grado ..... Data richiesta .....

6) Chi è il Suo medico curante o di famiglia? (Nome, Cognome e recapito) .....

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi sei mesi, per malattia o infortunio, per più di trenta giorni. In caso contrario, dichiara di aver sofferto di ..... con esito .....

Il sottoscritto dichiara, altresì, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, Ospedali, Case di cura ed Istituti in genere ai quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Data ..... L' Assicurando .....