



DELEGA

Io sottoscritto (nome e cognome del socio/aderente Galeno Family)

nato a _____, il _____

delego (nome e cognome) _____

nato a _____ il _____ (il "Delegato")

a scambiare dati personali, informazioni e documentazione in mio nome e per conto, relativamente al/ai sinistro/i denunciato/i a Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario integrativo ("Galeno") in data _____ autorizzando Galeno a comunicare esclusivamente per tale finalità i miei dati personali, anche relativi allo stato di salute o a eventuali condanne penali, reati e misure di sicurezza, al Delegato.

Allego copia del mio documento di identità e di quello del Delegato.

In fede,

(luogo, data, firma leggibile del delegante)



GALENO
Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario Integrativo
via Vittorio Emanuele Orlando, 83 - 00185 Roma

800 99 93 83
chiamata gratuita
www.cassagaleno.it
Fax 06 44 24 87 05

CCIAA Roma 749035
iscr. Albo delle società cooperative n. A127417
C.F. e P.I. 04273791006

Servizio Assistenza Soci
backoffice@cassagaleno.it
galeno@pec.cassagaleno.it

Ufficio sinistri
sinistri@cassagaleno.it
gestionesinistri@pec.cassagaleno.it

Amministrazione
amministrazione@cassagaleno.it
amministrazione@pec.cassagaleno.it