



DICHIARAZIONE

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

nato a _____, il _____

familiare di (nome e cognome del socio/aderente Galeno Family)

rapporto di parentela _____

dichiaro che,

data l'inabilità temporanea del socio/aderente Galeno Family, attestata dalla documentazione allegata, scambierò dati personali, informazioni e documentazione per suo conto, relativamente al/ai sinistro/i denunciato/i a Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario integrativo ("Galeno") in data _____ liberando da ogni responsabilità Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario integrativo.

Allego copia del mio documento d'identità e documentazione attestante l'inabilità temporanea del socio/aderente.

In fede,

(luogo, data, firma leggibile del dichiarante)



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