



Scheda integrazioni dott. _____

Coperture assicurative – OMBRELLO

Al socio Galeno e all'aderente a Galeno Family è consentito integrare i massimali di copertura previsti nel piano Galeno/Family prescelto, relativamente alle prestazioni per invalidità permanente da infortunio, invalidità permanente da malattia, morte da infortunio, morte ogni causa, long term care, secondo quanto previsto dal regolamento. Inoltre soci e aderenti possono richiedere le coperture integrative diaria gesso e diaria da ricovero. Tali coperture possono essere estese anche ai familiari del proprio nucleo.

Socio/Aderente

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
chiedo che vengano integrati i capitali del mio piano Galeno secondo le modalità sotto indicate:

- invalidità permanente da infortunio* _____ (max 516.000,00 euro)
- invalidità permanente da malattia € 50.000 € 75.000 € 100.000 € 125.000
- morte da infortunio _____ (max 516.000,00 euro)
- morte ogni causa _____ (max 516.000,00 euro)
- long term care (Itc) temporanea per il socio Galeno _____ (max 1.300,00 euro mensili)
- long term care (Itc) temporanea per l'aderente a Galeno Family _____ (max 1.500,00 euro mensili)
- long term care (Itc) a vita intera _____ (max 2.000,00 euro mensili)
- diaria gesso diaria da ricovero integrativa

Costo mensile aggiuntivo euro _____

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

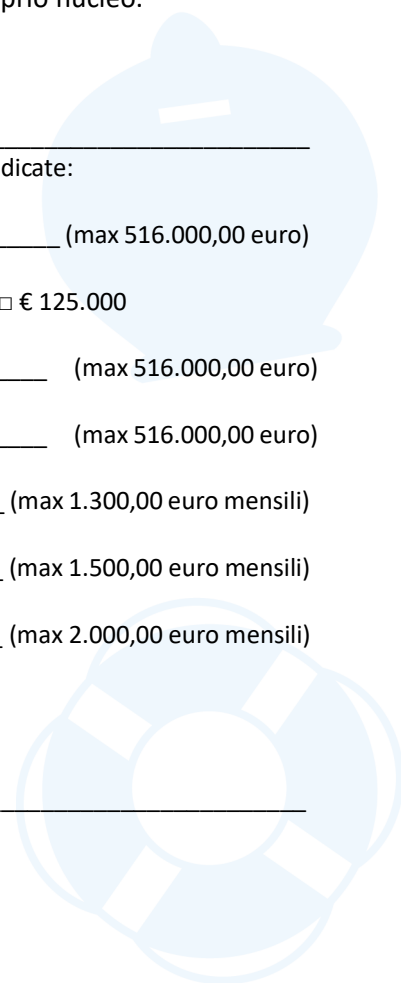
800 99 93 83
chiamata gratuita
www.cassagaleno.it
Fax 06 44 24 87 05

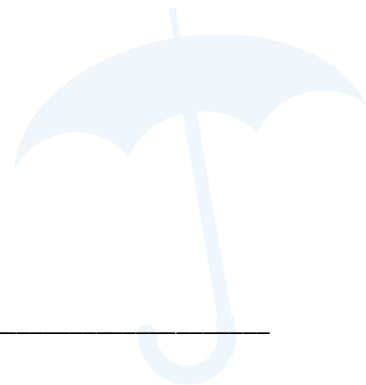
CCIAA Roma 749035
iscr. Albo delle società cooperative n. A127417
C.F. e P.I. 04273791006

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





Familiari

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
chiedo che vengano estese le seguenti coperture a:
mia/o moglie/marito _____

- invalidità permanente da infortunio* _____ (max 516.000,00 euro)
- invalidità permanente da malattia € 50.000 € 75.000 € € 100.000 € 125.000
- morte da infortunio _____ (max 516.000,00 euro)
- morte ogni causa _____ (max 516.000,00 euro)
Beneficiari: _____
(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)
- long term care (ltc) temporanea _____ (max 2.000,00 euro mensili)
- long term care (ltc) a vita intera _____ (max 2.000,00 euro mensili)
- diaria gesso diaria da ricovero integrativa

con un massimale minimo di € 60.000,00 per invalidità permanente da infortunio

mia/o figlia/figlio _____

- invalidità permanente da infortunio* _____ (max 516.000,00 euro)
- invalidità permanente da malattia € 50.000 € 75.000 € € 100.000 € 125.000
- morte da infortunio _____ (max 516.000,00 euro)
- morte ogni causa _____ (max 516.000,00 euro)
Beneficiari: _____
(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)
- long term care (ltc) temporanea _____ (max 2.000,00 euro mensili)
- long term care (ltc) a vita intera _____ (max 2.000,00 euro mensili)
- diaria gesso diaria da ricovero integrativa

con un massimale minimo di € 60.000,00 per invalidità permanente da infortunio

Costo mensile aggiuntivo euro _____

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

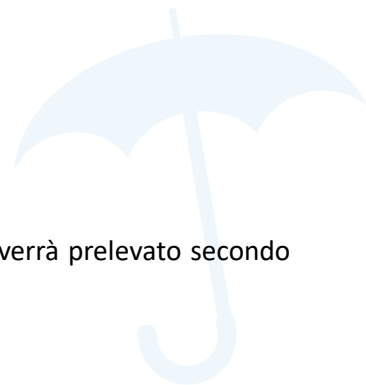
800 99 93 83
chiamata gratuita
www.cassagaleno.it
Fax 06 44 24 87 05

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



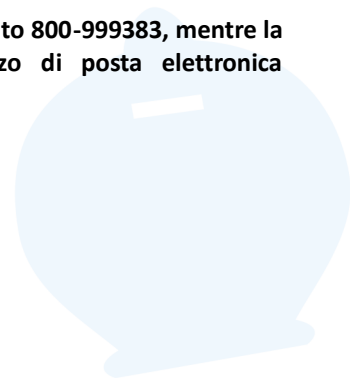
Il costo per tali integrazioni si aggiungerà al contributo mensile del mio piano e verrà prelevato secondo consueta procedura SEPA.

Data _____

Firma _____

*Per gli assicurati di età superiore ai 18 anni il capitale assicurato per il caso di invalidità permanente dovrà essere uguale a quello assicurato per il caso morte da infortunio.

Il costo delle integrazioni può essere richiesto al Servizio assistenza soci al numero gratuito 800-999383, mentre la scheda integrazioni può essere inviata via fax al n. 06/44248705 o all'indirizzo di posta elettronica backoffice@cassagaleno.it



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