



Scheda integrazioni dott. _____

Coperture previdenziali – SALVADANAIO

Come riportato nel regolamento, al socio Galeno e all'aderente Galeno Family è consentito scegliere due soluzioni previdenziali all'interno del Salvadanaio di Galeno, la forma previdenziale classica e il fondo pensione aperto.

È possibile determinare liberamente l'importo integrativo da destinare alle forme previdenziali prescelte, semplicemente indicando l'importo in euro nella scheda sottostante. È possibile accendere delle posizioni previdenziali all'interno del Salvadanaio di Galeno anche per i propri familiari.

Forma previdenziale classica

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

dichiaro di voler versare nella posizione previdenziale accesa a mio nome all'interno della forma previdenziale classica della Cassa Galeno l'importo di euro _____ (min 312 euro annui):

mensili semestrali annuali una tantum

dichiaro inoltre di voler accendere una posizione previdenziale all'interno della forma previdenziale classica di Galeno a nome di:

mia/o moglie/marito (nome cognome) _____
con un versamento iniziale pari ad euro _____ (min 312 euro annui)

mia/o figlia/figlio (nome cognome) _____
con un versamento iniziale pari ad euro _____ (min 312 euro annui)

mia/o figlia/figlio (nome cognome) _____
con un versamento iniziale pari ad euro _____ (min 312 euro annui)

Beneficiari: _____
(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)
con un versamento iniziale pari ad euro _____ (min 312 euro annui)

- il costo per tali integrazioni si aggiungerà al contributo mensile del mio piano Galeno e verrà prelevato secondo consueta procedura SEPA
- allego assegno bancario intestato a “Galeno Società Mutua Cooperativa – Fondo sanitario integrativo” n. _____ istituto di credito _____ dell'importo di 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



Fondo pensione aperto

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
dichiaro di voler versare nella posizione previdenziale accesa a mio nome, nel comparto da me prescelto all'interno del fondo pensione aperto Axa della Cassa Galeno l'importo di euro _____ (min 312 euro annui):

mensili semestrali annuali una tantum

- il costo per tali integrazioni si aggiungerà al contributo mensile del mio piano Galeno e verrà prelevato secondo consueta procedura SEPA
- allego assegno bancario intestato a "Galeno Società Mutua Cooperativa – Fondo sanitario integrativo" n. _____ istituto di credito _____ dell'importo di euro _____

Data _____ Firma _____

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