



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 Piemonte 39, 00187 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