



Scheda integrazioni dott. \_\_\_\_\_

## Coperture assicurative – OMBRELLO

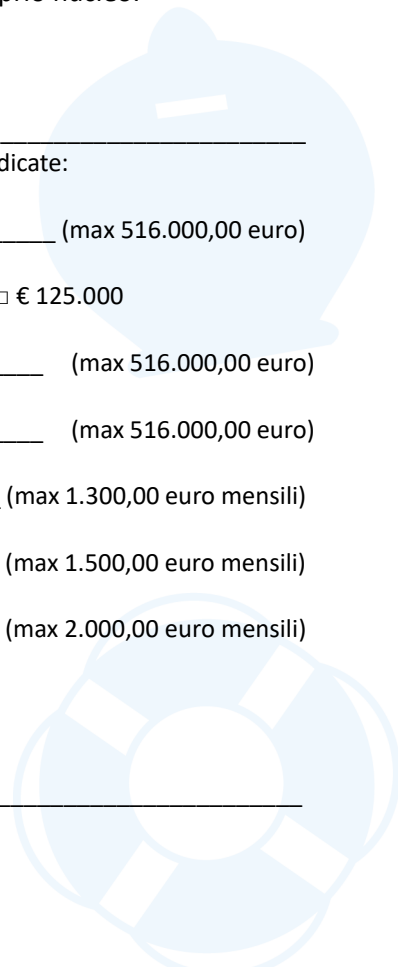
Al socio Galeno e all'aderente a Galeno Family è consentito integrare i massimali di copertura previsti nel piano Galeno/Family prescelto, relativamente alle prestazioni per invalidità permanente da infortunio, invalidità permanente da malattia, morte da infortunio, morte ogni causa, long term care, 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 Piemonte 39, 00187 Roma  
**800 99 93 83**  
chiamata gratuita  
[www.cassagaleno.it](http://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](mailto:backoffice@cassagaleno.it)  
[galeno@pec.cassagaleno.it](mailto:galeno@pec.cassagaleno.it)

Ufficio sinistri  
[sinistri@cassagaleno.it](mailto:sinistri@cassagaleno.it)  
[gestionesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionesinistri@pec.cassagaleno.it)

Amministrazione  
[amministrazione@cassagaleno.it](mailto:amministrazione@cassagaleno.it)  
[amministrazione@pec.cassagaleno.it](mailto: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 \_\_\_\_\_

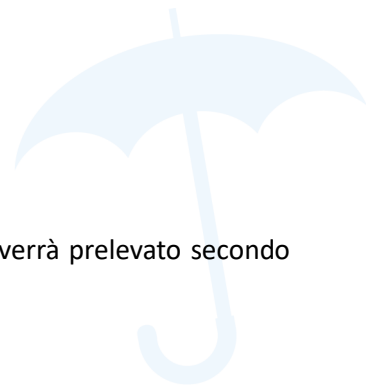
**GALENO**  
Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario Integrativo  
via Piemonte 39, 00187 Roma  
**800 99 93 83**  
chiamata gratuita  
[www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it)  
Fax 06 44 24 87 05

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

Servizio Assistenza Soci  
[backoffice@cassagaleno.it](mailto:backoffice@cassagaleno.it)  
[galeno@pec.cassagaleno.it](mailto:galeno@pec.cassagaleno.it)

Ufficio sinistri  
[sinistri@cassagaleno.it](mailto:sinistri@cassagaleno.it)  
[gestionesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionesinistri@pec.cassagaleno.it)

Amministrazione  
[amministrazione@cassagaleno.it](mailto:amministrazione@cassagaleno.it)  
[amministrazione@pec.cassagaleno.it](mailto:amministrazione@pec.cassagaleno.it)



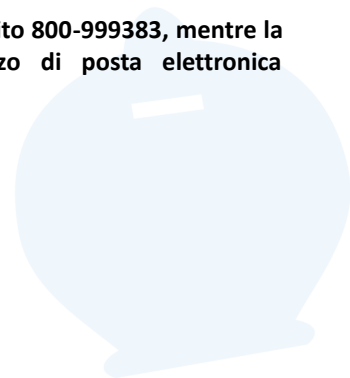
Il costo per tali integrazioni si aggiungerà al contributo mensile del mio piano e verrà prelevato secondo consueta procedura SEPA.

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](mailto:backoffice@cassagaleno.it)**



**GALENO**  
Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario Integrativo  
via Piemonte 39, 00187 Roma  
**800 99 93 83**  
chiamata gratuita  
[www.cassagaleno.it](http://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](mailto:backoffice@cassagaleno.it)  
[galeno@pec.cassagaleno.it](mailto:galeno@pec.cassagaleno.it)

Ufficio sinistri  
[sinistri@cassagaleno.it](mailto:sinistri@cassagaleno.it)  
[gestionesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionesinistri@pec.cassagaleno.it)

Amministrazione  
[amministrazione@cassagaleno.it](mailto:amministrazione@cassagaleno.it)  
[amministrazione@pec.cassagaleno.it](mailto:amministrazione@pec.cassagaleno.it)