



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 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



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 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