



DELEGA

Io sottoscritto (nome e cognome del socio/aderente Galeno Family)

nato a _____, il _____

delego (nome e cognome) _____

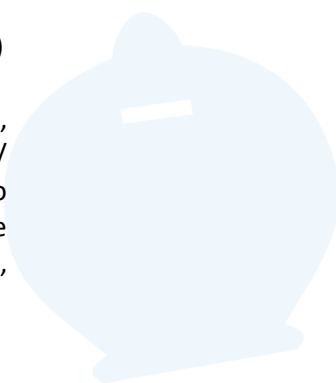
nato a _____ il _____ (il "Delegato")

a scambiare dati personali, informazioni e documentazione in mio nome e per conto, relativamente al/ai sinistro/i denunciato/i a Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario integrativo ("Galeno") in data _____ autorizzando Galeno a comunicare esclusivamente per tale finalità i miei dati personali, anche relativi allo stato di salute o a eventuali condanne penali, reati e misure di sicurezza, al Delegato.

Allego copia del mio documento di identità e di quello del Delegato.

In fede,

(luogo, data, firma leggibile del delegante)



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