



# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE EROGAZIONE PRESTAZIONE IN CONVENZIONE DIRETTA

Inviare **con un preavviso minimo di 8 giorni antecedenti la data della prestazione**  
via pec/email personale, già comunicata a Galeno, a [gestionesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionesinistri@pec.cassagaleno.it)

CAPO NUCLEO:       SOCIO GALENO                       ADERENTE FAMILY

**PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE LA PRESTAZIONE**

COGNOME

NOME



**Si richiede autorizzazione all'erogazione delle seguenti prestazioni**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RICOVERO IN DO (degenza ordinaria)<br><input type="checkbox"/> INTERVENTO AMBULATORIALE<br><input type="checkbox"/> MEDICINA PREVENTIVA<br>(come da Regolamento) | <input type="checkbox"/> RICOVERO IN DH (day hospital)<br><input type="checkbox"/> PRESTAZIONI EXTRARICOVERO<br>Specificare il tipo di<br>prestazione..... |
|---|--|

Presso la Struttura

In data



Indirizzo

Città



- Si allega certificato medico con diagnosi o sospetto diagnostico, prestazione richiesta e preventivo per day hospital, ricovero, radioterapia e chemioterapia.
- Il Sottoscritto dichiara di essere venuto a conoscenza della sintomatologia/patologia in data.....

**AVVERTENZE (o istruzioni/informazioni obbligatorie ai sensi dell'art. 1910 cc)**

- Dichiaro di essere consapevole che, in caso di dichiarazione mendace circa la data di conoscenza della patologia, si procederà al recupero della spesa sostenuta.
- Dichiaro di essere consapevole che rimarrà a mio carico, quando dovuto, l'importo dello scoperto pari al 19% e l'ulteriore 1% destinato al Fondo di Solidarietà.

In caso si intenda delegare altri a scambiare dati personali, informazioni e documentazione per proprio conto è necessario inviare il seguente modello di delega: [https://cassagaleno.eu/wp-content/uploads/2025/03/delega-Cassa-Galeno\\_2025.pdf](https://cassagaleno.eu/wp-content/uploads/2025/03/delega-Cassa-Galeno_2025.pdf)

Data.....

Firma del Capo nucleo.....

**AFFINCHÉ GALENO POSSA TRATTARE I TUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE PER FINALITÀ SANITARIE/ASSICURATIVE**

Preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR. versione estesa su [Cassagaleno.eu](https://cassagaleno.eu)), sottoscrivendo il presente modulo e facendo apporre la firma dei tuoi familiari negli spazi sottostanti esprimete il consenso per il trattamento dei dati personali, e specificamente per quelli sensibili (ad esempio relativi allo **stato di salute**) per finalità sanitarie e/o assicurative ed in particolare per la gestione dei sinistri e per finalità assicurative e liquidative. In mancanza di questo consenso, Galeno non potrà dare seguito alla richiesta di prestazione/rimborso, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili. Con il presente consenso autorizzi eventuali familiari appartenenti al tuo nucleo a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web.

Firma del beneficiario della prestazione

Firma del Capo nucleo

.....

.....

**Informativa breve sul trattamento dei dati personali – Art. 13 Reg. UE n. 679/2016 “GDPR”  
(informativa completa su [www.cassagaleno.eu](http://www.cassagaleno.eu))**

Galeno Società Mutua Cooperativa / Fondo Sanitario integrativo (di seguito “Galeno”), in qualità di Titolare del trattamento, con sede in Roma, Via Parigi, n. 11 - 00185 (contatti su [www.cassagaleno.eu](http://www.cassagaleno.eu)), tratta i dati personali conferiti con il presente modulo e quelli acquisiti nel corso dell’istruttoria (dati anagrafici, di contatto, bancari, relativi allo stato di salute – es. referti e cartelle cliniche delle strutture convenzionate) per finalità di esecuzione del contratto/ rapporto associativo, assicurativo e delle convenzioni e per consentire l’istruzione e la liquidazione dei sinistri dei soci e dei beneficiari delle prestazioni (es. membri del nucleo familiare). Il consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute e particolari (sempre revocabile) è necessario e un eventuale rifiuto di fornirlo comporta l’impossibilità di svolgere le prestazioni richieste. I dati sono trattati manualmente e con strumenti elettronici/automatici. I dati non saranno diffusi e possono essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti (il cui elenco può essere richiesto a Galeno), che li tratteranno quali titolari autonomi o responsabili del trattamento per conto di Galeno: fornitori di servizi (es. assistenziali, previdenziali, assicurativi, sanitari, amministrativi, bancari, legali, postali, informatici, ecc.), dipendenti e consulenti (es. sanitari, legali e fiscali), soggetti istituzionali.

I dati personali saranno cancellati qualora non siano più necessari, ma di norma sono conservati per nr. 10 (dieci) anni, dalla cessazione del rapporto associativo con Galeno da parte del Socio/Aderente o dall’esecuzione della prestazione resa al beneficiario, ovvero salva una ulteriore conservazione in caso di obblighi di legge o necessità di tutela di diritti. L’interessato (socio/aderente o familiare/ beneficiario) potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti sui dati personali previsti dagli artt. 15-21 GDPR (accesso ai dati, rettifica e integrazione dei dati, cancellazione dei dati, limitazione del trattamento dei dati, portabilità dei dati, opposizione al trattamento dei dati, revoca del consenso al trattamento dei dati, proposizione di reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. Per maggiori informazioni è possibile consultare l’informativa estesa sul trattamento dei dati personali sul sito internet di Galeno ([www.cassagaleno.eu](http://www.cassagaleno.eu)), oppure contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati di Galeno (anche per l’esercizio dei diritti sui dati personali): [dpo@cassagaleno.it](mailto:dpo@cassagaleno.it), oppure scrivere a Galeno.