

Inviare in una delle seguenti modalità alternative:

- Via pec/email personale, già comunicata a Galeno, a [gestionesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionesinistri@pec.cassagaleno.it)
- Per raccomandata A/R a Galeno, Via Parigi 11 - 00185 Roma

CAPO NUCLEO:

SOCIO GALENO

ADERENTE FAMILY

**Persona per cui si richiede il rimborso:**

COGNOME

NOME



**Si richiede rimborso per le spese sostenute per:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ricovero in struttura privata DO (Degenza ordinaria) | <input type="checkbox"/> Prestazioni pre e post DO, DH, DS, Intervento chirurgico ambulatoriale o ricovero a seguito d'infortunio |
| <input type="checkbox"/> Ricovero in struttura privata DH (Day Hospital)      | <input type="checkbox"/> Prestazione extra ricovero   |
| <input type="checkbox"/> Ricovero in struttura privata DS (Day Service)       |   |
| <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico ambulatoriale                  |   |

**Si richiede erogazione di:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diaria sostitutiva per ricovero in struttura pubblica in DO (Degenza Ordinaria) | <input type="checkbox"/> Diaria sostitutiva per ricovero in struttura pubblica in DS (Day Service) |
| <input type="checkbox"/> Diaria sostitutiva per ricovero in struttura pubblica in DH (Day Hospital)      | <input type="checkbox"/> Diaria gravi mali   |

**Si richiede:**

Altro.....

**Distinta Spese**

	N.Fattura	Data	Importo
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Documentazione Clinica**

	Tipologia (prestazione, referto, cartella clinica)	Quantità
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**AVVERTENZE (O ISTRUZIONI/ INFORMAZIONI obbligatorie ai sensi dell'art. 1910 cc)**

- La sintomatologia/patologia è insorta in data .....
- Dichiaro di avere preso visione del tariffario e del regolamento Galeno vigente, ai sensi e per gli effetti di cui agli art.1341 e 1342 cc;
- Dichiaro che la documentazione prodotta non è stata esibita ad altre assicurazioni, casse o fondi (diversamente allegare copia della lettera di liquidazione)
- Dichiaro di essere consapevole che le richieste sospese per incompletezza della documentazione, ove non regolarizzata entro 90 giorni, si considereranno non rimborsabili;
- Dichiaro di essere consapevole che le uniche prestazioni di prevenzione sono quelle riportate nel vigente regolamento Galeno
- Dichiaro di essere consapevole che i rimborsi avvengono a mezzo bonifico bancario sul c/c del Capo Nucleo, detratto, quando dovuto, l'eventuale importo del 19% dell'1% destinato al Fondo di Solidarietà. Gli aderenti Family che vogliono ricevere il bonifico su un c/c diverso, possono indicare gli estremi qui: IBAN .....

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/ASSICURATIVA**

Preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR - versione estesa su [www.cassagaleno.eu](http://www.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 Capo nucleo

Firma del beneficiario della prestazione

.....

**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.