



## GALENO, I MEDICI INSIEME.

Galeno è una **Cassa Mutua Cooperativa - Fondo sanitario integrativo** creata e gestita da medici con lo scopo di svolgere attività di cassa di assistenza e previdenza integrativa a favore dei medici e degli odontoiatri abilitati.

## GALENO COMPRENDE QUATTRO AREE DI TUTELA.

**Ombrello/Fondo sanitario integrativo** per proteggere la salute del socio e della sua famiglia: prevenzione, assistenza sanitaria, diaria in caso di ricovero in strutture del SSN, assistenza odontoiatrica, long term care per i casi di non autosufficienza

**Salvagente** per far fronte all'imprevisto: premorienza, invalidità permanente da infortunio o da malattia

**Salvadanaio** per pensare al futuro: previdenza integrativa e complementare

**Paracadute** responsabilità civile professionale

## SERVIZI ASSISTENZIALI E PREVIDENZIALI OFFERTI DA GALENO.

**OMBRELLO:** È il Fondo sanitario costituito da Galeno per gli iscritti il cui regolamento prevede il rimborso delle spese mediche per ricoveri, interventi chirurgici e parti, spese extra ricoveri, spese odontoiatriche di base e diaria giornaliera in caso di ricovero in una struttura convenzione con SSN (ogni garanzia con i massimali ed i limiti indicati e concordati in polizza)

**SALVAGENTE:** Galeno, grazie al contratto di assicurazione stipulato con la Compagnia di assicurazione, prevede per gli iscritti una copertura assicurativa per le ipotesi di morte e invalidità permanente o malattia, per corrispondere direttamente al socio o alla famiglia un capitale concordato

**SALVADANAIO:** Cassa Galeno offre agli iscritti la possibilità di gestire la propria posizione previdenziale attraverso la scelta di due differenti forme di risparmio previdenziale (pensione integrativa e previdenza complementare) che i soci potranno scegliere di integrare mediante versamenti liberi e volontari

**PARACADUTE:** Anche in questo caso Galeno ha stipulato un apposito contratto di assicurazione al fine di consentire ai soci di usufruire di una copertura di responsabilità civile professionale obbligatoria e completa per consentire al professionista di gestire e sostenere economicamente le conseguenze dei possibili rischi connessi allo svolgimento della propria attività lavorativa

**TANDEM:** Servizio di assistenza legale di cui possono godere i soci di Cassa Galeno mediante il supporto di un avvocato specializzato nella gestione di problematiche di diritto sanitario, amministrativo e del lavoro.

Le prestazioni erogate da Cassa Galeno sono rese in collaborazione con primarie Compagnie con le quali ha stipulato apposite polizze di assicurazione, ove sono elencate le prestazioni previste dalla Cassa per gli associati.

Il testo delle polizze stipulate da Galeno è pubblicato nel suo sito web ([www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it)). Il socio potrà prendere visione della documentazione e della modulistica di cui viene richiesta la compilazione e sottoscrizione per aderire alla Cassa.

## COME ADERIRE ALLA CASSA.

Per aderire al Piano è necessario presentare richiesta di adesione al Consiglio di amministrazione di Galeno consegnando direttamente all'**incaricato ufficiale**, tramite **e-mail** a [backoffice@cassagaleno.it](mailto:backoffice@cassagaleno.it), spedendo tramite **lettera raccomandata** a GALENO, Via Parigi 11, 00185 Roma o tramite **FEA** (firma elettronica avanzata):

- il presente modulo, da compilare in ogni sua parte

- fotocopia di un documento d'identità

- modello SEPA

- in mancanza del modello SEPA, copia del bonifico (IBAN IT70 X030 3213 2000 1000 0002 916) o assegno (non trasferibile, intestato Galeno Soc. Mutua Coop / Fondo Sanitario Integrativo).

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### **RICHIESTA D'ISCRIZIONE E RIEPILOGO CONTRIBUTI** pag. 2 e 3

Perché la Cassa possa erogare in favore dei propri soci e dei loro familiari le prestazioni previste nel Regolamento è indispensabile che i richiedenti l'iscrizione forniscano l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

**Pertanto l'eventuale rifiuto al trattamento ed alla comunicazione di tali dati, ai soli fini dell'adempimento delle prestazioni assicurative, previdenziali e assistenziali, comporta l'impossibilità di iscrizione alla Cassa.**

### **SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA** pag.4

Deve essere compilata da tutti i soci in quanto per tutti è previsto un capitale assicurativo di almeno 5.165,00 euro. **La parte riguardante le dichiarazioni aggiuntive deve essere compilata e firmata solo nel caso in cui il capitale assicurato superi gli 85.000 euro** (in relazione alle caratteristiche del piano o a eventuale integrazione richiesta) o in presenza delle seguenti patologie:

1) patologie cardio-vascolari (escludendo l'ipertensione): infarto miocardico, ictus, trombosi, aneurismi vascolari;

2) tumori maligni;

3) malattie neurologiche: Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, sclerosi multipla, esiti poliomielite;

4) malattie autoimmuni: lupus eritematoso, sclerodermia, sindrome di Sjogren.



## 2 RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Domicilio: città/cap

indirizzo

Telefono abitazione

cellulare

Telefono studio

fax

e-mail

PEC

### DATI SULL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Attività esercitata

È un'attività chirurgica?

Regime di attività

Rispetto all'attività esercitata

Attività esercitata

È un'attività chirurgica?

Regime di attività

Rispetto all'attività esercitata

*Si prega di compilare tutti i campi*

### CHIEDE DI ADERIRE AL PIANO

coniuge (legale o di fatto)

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

### 3 RIEPILOGO CONTRIBUTI

Quota sociale (una tantum)	euro
Spese d'iscrizione (una tantum)	euro
Contributo fondo di solidarietà (una tantum)	euro
Primo contributo mensile	euro
<b>Totale versamento all'iscrizione</b>	<b>euro</b>

#### SCEGLIE

Forma previdenziale classica

Fondo Pensione Aperto

Beneficiari in caso di morte

I contributi mensili verranno incassati con addebito sul c/c bancario del Socio con procedura SEPA SDD. Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e dei regolamenti associativi, accettandoli integralmente.

Firma

#### COERENZA SERVIZI E PRODOTTI OFFERTI

In ossequio alla normativa applicabile in tema di distribuzione assicurativa ed informativa precontrattuale di cui alla Direttiva (UE) IDD n. 2016/97, recepita in Italia con d.lgs. 68/2018 e Reg. Ivass n. 40/2018, Cassa Galeno ha stipulato in qualità di contraente tutti i prodotti assicurativi e previdenziali per la prestazione dei servizi previsti dal proprio regolamento.

Di tali prodotti assicurativi il contraente Galeno ha potuto valutare la coerenza con i servizi offerti ai propri soci e previsti dal proprio regolamento e con le caratteristiche professionali dei propri soci.

Tale valutazione è stata condotta con l'intermediario nominato da Cassa Galeno, Broking & Consulting s.r.l., con cui ha in corso i rapporti di intermediazione per la stipula delle polizze in questione.

Firma

#### LIBERATORIA PRIVACY

##### Consenso necessario al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di quanto specificato all'art 13 del Regolamento Generale di Galeno, contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 e con la sottoscrizione del presente modulo dichiara di prestare il consenso per il trattamento dei dati personali, specificamente per quelli relativi allo stato di salute, particolari e sensibili da parte di Galeno in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE per le finalità indicate al paragrafo 2, numeri 1, 2, 3, 4 della suddetta informativa per il trattamento dei dati personali (a titolo esemplificativo, finalità istituzionali di Galeno, invio di comunicazioni di natura amministrativa, adempimento ed esecuzione di rapporti contrattuali (es. gestione sinistri), di natura amministrativa, gestionale, contabile di obblighi di legge). Il conferimento e trattamento dei dati personali resi nella presente scheda è strettamente necessario alla gestione, esecuzione e fornitura dei servizi assicurativi, previdenziali ed assistenziali previsti da Galeno. L'eventuale rifiuto al trattamento di tali dati, ai soli fini dell'adempimento delle prestazioni e finalità indicate, comporta per Galeno l'impossibilità di fornire le stesse e, pertanto, di accettare l'iscrizione del richiedente.

Esprimo Consenso

Nego Consenso

(consenso necessario)

##### Consenso facoltativo al trattamento dei dati personali per finalità di marketing (informazioni commerciali e attività promozionali)

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate al paragrafo 2, numero 5 dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 per l'invio di comunicazioni e/o materiale di carattere commerciale e promozionale anche relativo a nuovi servizi di Galeno ed in particolare a nuove proposte assicurative, previdenziali, assistenziali, anche mediante l'utilizzo del telemarketing, di sistemi automatizzati di chiamata, senza l'intervento di un operatore, posta anche elettronica, telefax e messaggi di tipo MMS (Multimedia Message Service) e SMS (Short Message Service), applicazioni informatiche (APP), nell'area riservata del sito internet, ovvero attraverso social network. I dati potranno, altresì, essere utilizzati da Galeno per attività di monitoraggio dei servizi e di customer service. L'autorizzazione per tali finalità è facoltativa in quanto non pregiudica la gestione, esecuzione dei rapporti contrattuali e fornitura delle prestazioni e dei servizi istituzionali erogati e previsti da Galeno.

Esprimo Consenso

Nego Consenso

(consenso facoltativo)

##### Consenso facoltativo al trattamento dei dati personali per finalità di comunicazione a terzi

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate al paragrafo 2, numero 6 dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 per la comunicazione a terzi (es. fornitori e partner commerciali) per finalità di marketing e commerciali. L'autorizzazione per tali finalità è facoltativa in quanto non pregiudica la gestione, esecuzione dei rapporti contrattuali e fornitura delle prestazioni e dei servizi istituzionali erogati e previsti da Galeno.

Esprimo Consenso

Nego Consenso

(consenso facoltativo)

##### Consenso al trattamento dei dati personali per finalità di profilazione

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate al paragrafo 2, numero 7 dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, limitatamente ai dati conferiti attraverso la compilazione dei moduli (form) on-line per rilevare le preferenze personali degli utenti ed inviare loro informazioni, anche di carattere commerciale, più rispondenti ai loro interessi.

Esprimo Consenso

Nego Consenso

(consenso facoltativo)

Firma

# 4 SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA PER IL CASO MORTE

Convenzione n. 1104183 Unipol Assicurazioni S.p.A – Direzione Area Broker Roma cod. 0074/40423  
(prima della sottoscrizione, si raccomanda all'Assicurando di verificare l'esattezza delle dichiarazioni)

Cognome e Nome: C.F.  
Luogo e data di nascita (gg/mm/aaaa)  
Domicilio: Città/Cap indirizzo  
Professione:  
Capitale da assicurare: come da piano Decorrenza dell'assicurazione: come da Regolamento  
Beneficiari:

(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)

il sottoscritto dichiara di conoscere le condizioni di cui alla Convenzione n. 1104183 stipulata tra Unipol Assicurazioni S.p.A. e GALENO Soc. Mutua Coop./ FSI, nonché di aver ricevuto dal Contraente le relative Condizioni regolanti l'assicurazione, e acconsente all'assicurazione medesima, a norma del disposto dell'art. 1919 del Codice Civile, a cui aderisce mediante la sottoscrizione della presente scheda.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali) e del Regolamento UE 679/2016, preso atto dell'Informativa riportata all'Art. 13 del regolamento Norme generali e dell'informativa ricevuta da Unipol Assicurazioni S.p.A., qui allegata, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute, particolari e sensibili.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

## DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

PRESENZA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE: **patologie cardiovascolari quali infarto miocardico, Ictus, Trombosi, Aneurisma vascolare; Tumori maligni; patologie neurologiche quali Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, Sclerosi multipla, esiti Poliomielite; patologie autoimmuni quali Lupus eritematoso, Sclerodermia, Sindrome di Sjogren;** SÌ NO

CAPITALE COMPLESSIVAMENTE SUPERIORE A 85.000 euro SÌ NO

Se ha risposto SÌ ad almeno una delle due domande precedenti compili il questionario di seguito riportato.

Al fine di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione del rischio, da parte della Compagnia, relativo alla presente assicurazione, a norma del disposto degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

### AVVERTENZE

Dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono, da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e, in ogni caso, al momento della compilazione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, relative a informazioni rese dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive, il soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni stesse;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

1) Ha sofferto o soffre attualmente di malattie (tra cui eventuali patologie sopraindicate), alterazioni morbose o menomazioni fisiche tali da alterare il buono stato di salute?

SÌ NO se SÌ compilare il seguente riquadro

Descrizione evento	Anno	Ricovero	Intervento chirurgico (descrizione)	Postumi (descrizione)

2) Negli ultimi 5 anni ha consultato medici? SÌ NO

Se SÌ, indicare motivo, anno ed esito

3) Indicare Peso: Kg Altezza: cm Valori pressori: min. max.

4) Pratica sport o attività pericolose? SÌ NO se SÌ, quali?

5) Gode di pensione di invalidità o ne ha fatto richiesta? SÌ NO Grado Data richiesta

6) Chi è il Suo medico curante o di famiglia? (Nome, Cognome e recapito)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi sei mesi, per malattia o infortunio, per più di trenta giorni. In caso contrario, dichiara di aver sofferto di con esito

Il sottoscritto dichiara, altresì, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, Ospedali, Case di cura ed Istituti in genere ai quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Luogo e Data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni  
**SEPA CORE DIRECT DEBIT**

RIFERIMENTO MANDATO\*: **347584**

AT-01

(da completare a cura del Creditore)

**GALENO**

Galeno Soc. Mutua Coop.  
 Fondo Sanitario Integrativo  
 via Parigi 11, 00185 - Roma  
 C. Fisc. E P. Iva 04273791006

(NOME E LOGO DEL CREDITORE)

**DATI DEL DEBITORE**

Cognome e Nome\*:

AT-14

Indirizzo\*:

AT-09

N°

Cap:

Località:

Provincia:

Paese:

IBAN conto corrente\*:

I	T																						
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AT-07

Banca:

Codice SWIFT (BIC):

Codice Fiscale:

**DATI DEL CREDITORE**

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Creditore\*: **Galeno Soc. Mutua Coop. / Fondo Sanitario Integrativo**

AT-03

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)\*: **IT70X0303213200010000002916**

AT-02

Sede Legale: **via Parigi**

AT-05

N°: **11**

Cap: **00185**

Località: **Roma**

Provincia: **RM**

Paese: **Italia**

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato\*  
 AT-21          ■ addebiti in via continuativa          □ un singolo addebito  
 → la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto;  
 eventuali richieste di rimborso devono essere presentate **entro e non oltre 8 settimane** a decorrere dalla data di addebito in conto.

**COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE** le informazioni relative al sottoscrittore nel caso in cui il sottoscrittore e Debitore non coincidano

Cognome e Nome del sottoscrittore:

Codice Fiscale del sottoscrittore:

AT-51

Luogo

Data\*  
 AT-25

\* I campi indicati con asterisco sono obbligatori.

Il Codice Fiscale e la Partita Iva, anche se previsto, non sono obbligatori per i soggetti non residenti.

Firma del Debitore\*

N.B. : I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dal PSP.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: