



DELEGA

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

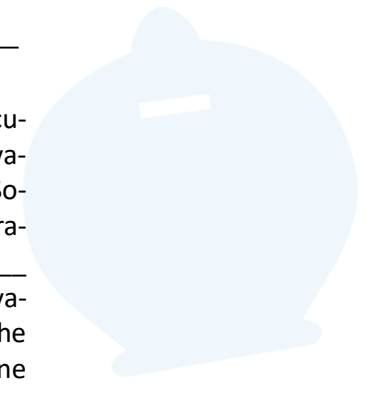

nato a _____,

il ____/____/____

delego

Nome _____ 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 Parigi 11, 00185 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
gestionisinistri@pec.cassagaleno.it

Amministrazione
amministrazione@cassagaleno.it
amministrazione@pec.cassagaleno.it