



Family

GALENO FAMILY, PER LA FAMIGLIA DEI MEDICI.

Galeno Family è il piano riservato ai figli dei soci iscritti a Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo e accogliere i figli che non fanno parte - secondo i termini del Regolamento Galeno - del nucleo familiare.

GALENO FAMILY COMPRENDE TRE AREE DI TUTELA.

Ombrello/Fondo sanitario integrativo per proteggere la salute dell'aderente e della sua famiglia: prevenzione, assistenza sanitaria, diaria in caso di ricovero in strutture del SSN, 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

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 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 all'aderente 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

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). L'aderente potrà prendere visione della documentazione e della modulistica di cui viene richiesta la compilazione e sottoscrizione per aderire al piano Galeno Family.

COME ADERIRE AL PIANO GALENO FAMILY.

Per aderire al Piano è necessario presentare richiesta di adesione al Consiglio di amministrazione di Galeno consegnando direttamente all'**incaricato ufficiale** o inviando a mezzo **fax** al numero 06 44 24 87 05 o tramite **e-mail** a backoffice@cassagaleno.it o spedendo tramite **lettera raccomandata** a GALENO, via Parigi 11, 00185 Roma:

- 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

RICHIEDITA 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 gli aderenti 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 i 69.000 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 poliomelite;
- 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

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

Spese d'iscrizione (una tantum)	euro
Primo contributo mensile	euro
Totale versamento all'iscrizione	euro

SCEGLIE

Forma previdenziale classica

Fondo Pensione Aperto

Beneficiari in caso di morte

I contributi mensili verranno incassati con addebito sul c/c bancario dell'aderente con procedura SEPA SDD. Dichiaro di aver preso visione del Regolamento Galeno Family, accettandolo 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/aderenti e previsti dal proprio regolamento e con le caratteristiche professionali dei propri soci/aderenti.

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. 11 del Regolamento Galeno Family, 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

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 stipulata tra Compagnia Assicurativa 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.

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. 11 del Regolamento Galeno Family, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute, particolari e sensibili.

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 69.000 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.

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.

L' Assicurando

Family

Attenzione: Barrare tutte le caselle anche in caso di risposta negativa. In caso di risposta affermativa completare tutti i campi richiesti.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

☒ **RENDITA MENSILE PER L'ADERENTE GALENO**
FAMILY Obbligatoria

€ 500

**Integrativa volontaria**☐ € 1.000☐ € 1.500
☐ **RENDITA MENSILE PER L'ADERENTE GALENO**
FAMILY Integrativa volontaria
☐ € 1.000☐ € 1.500

Le rendite integrative volontarie (LTC TEMPORANEA E A VITA INTERA) sottoscrivibili dall'aderente Galeno Family sono cumulabili con la rendita di € 500 erogata dalla LTC obbligatoria fino ad un massimo di € 2.000.

Denominazione sociale del Contraente: **Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario Integrativo**

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome

Data di nascita

Codice fiscale

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

AVVERTENZA

Ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche) entrata in vigore in data 2 gennaio 2024, per la compilazione della presente Dichiarazione di buona salute che è necessaria per la stipula dell'assicurazione, non rilevano e dunque non devono essere fornite informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni oppure da più di 5 anni, nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

Pertanto, SI RACCOMANDA di considerare SOLO le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo NON si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla presente Dichiarazione di buona salute. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

1. L'Assicurando risulta invalido o ha in corso istanze di riconoscimento di invalidità? ☐ Sì ☐ No

Se sì:

Grado

Civile ☐ INPDAI ☐ INPS ☐ INAIL ☐ ALTRO

per quale motivo?

2. L'Assicurando, nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli? (es. contatti con materie venefiche, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) ☐ Sì ☐ No

Se sì quale?

3. L'Assicurando pratica sports?

Se sì quali?

Come professionista ☐ o dilettante ☐ ?

4. L'Assicurando ha mai fatto uso di:

☐ Sì ☐ No

Sostanze stupefacenti?

Se sì quali?

Quantità giornaliera?

☐ Sì ☐ No

Alcolici?

Se sì quali?

Quantità giornaliera?

☐ Sì ☐ No

Tabacco?

Se sì quali?

Quantità giornaliera?

5. Altezza cm

Peso Kg.

Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi? ☐ Sì ☐ No



Family

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL' ASSICURANDO

1. Ci sono stati nella sua famiglia casi di malattie cardiache, vascolari, neurologiche, psichiatriche, cancro, diabete? ☐ Sì ☐ No
Se sì, specificare.

2. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in Case di cura ☐ Ospedali ☐ Sanatori ☐ per malattie e/o interventi chirurgici? ☐ Sì ☐ No
Se sì, per quali cause?

Dove?

Quando?

Per quanto tempo?

3. Soffre di alterazioni nella deglutizione, masticazione, controllo sfinterico? ☐ Sì ☐ No
Se sì, specificare.

4. Soffre di alterazioni sensitivo/motorie a carico degli arti superiori e/o inferiori (impugnare oggetti, difficoltà ad allacciare bottoni, tremori, alterazione della sensibilità alle dita, zoppia, difficoltà a salire o scendere le scale senza aiuto o appoggio, riduzione di velocità nei trasferimenti, altro ..)
☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare.

5. Soffre di alterazioni/difficoltà nella parola o memoria? ☐ Sì ☐ No
Se sì, specificare.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

	DATA	MOTIVO	RISULTATO
a) Esami del sangue	☐ Sì ☐ No		
b) Elettrocardiogramma	☐ Sì ☐ No		
c) Esami delle urine	☐ Sì ☐ No		
d) Radiografie	☐ Sì ☐ No		
e) Altro	☐ Sì ☐ No		
a) Test HIV	☐ Sì ☐ No		



Family

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre attualmente di patologie gravi a carico di

APPARATI	DATA	PATOLOGIE
☐ Apparato respiratorio		
☐ Apparato cardiocircolatorio		
☐ Apparato digerente		
☐ Sistema urogenitale		
☐ Apparato osteo-articolare		
☐ Sistema endocrino		
☐ Apparato del sangue		
☐ Sistema nervoso		
☐ Apparato riproduttivo		
☐ Malattie dell'udito o della vista		

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite - anche se materialmente scritte da altri - sono esatte e veritiere e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile); dichiaro Inoltre di dare consenso all'assicurazione sulla vita al sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile In base alle Condizioni previste dalla Convenzione n /P stipulata tra la Allianz S.P.A. e Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario Integrativo.

Proscioglio dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, poiché le stesse sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo vita da stipulare.

Prendo inoltre atto che il beneficio delle prestazioni assicurate spetta agli aventi diritto al sensi di quanto disciplinato in Convenzione.

FIRMA DELL' ASSICURANDO

CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE E PARTICOLARI

Il sottoscritto _____ preso atto dell'informativa privacy allegata al presente documento, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute, particolari e sensibili da parte dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

FIRMA DELL' ASSICURANDO



-

- -

-



