



GALENO

I medici insieme.





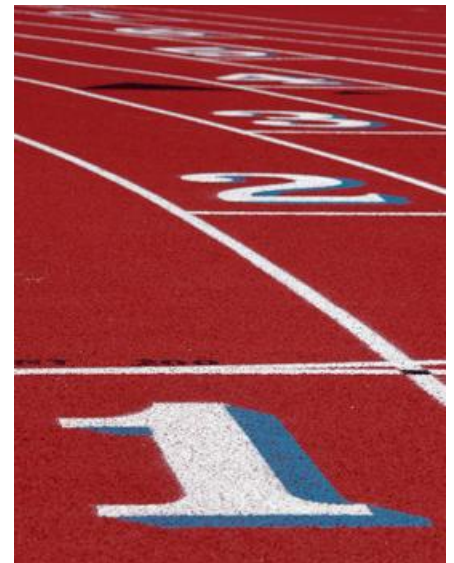
I medici insieme.



Cambiare per rimanere se stessi.

Cambiare per continuare ad essere i migliori.

Ecco la filosofia di Galeno.
Con un unico obiettivo:
tutelare al meglio i medici e
le loro famiglie





I medici insieme.



I pilastri di Galeno. Da più di venti anni.

- ① Galeno è una Cassa mutua cooperativa
- ② Non ha clienti, ma soci
- ③ Non ha fini di lucro
- ④ Massima trasparenza: statuto, regolamento, tariffario, bilancio annuale
- ⑤ Il circuito virtuoso: grazie a questo meccanismo la compagnia restituisce ai soci una parte degli utili



I medici insieme.



Le novità. Dal 1° gennaio 2014.

- ① Galeno diventa Fondo sanitario integrativo
- ② Il contributo destinato al Fondo diventa deducibile
- ③ Nuova garanzia base per l'assistenza odontoiatrica
- ④ Aumento della rendita per il caso di non autosufficienza (long term care)



I medici insieme.



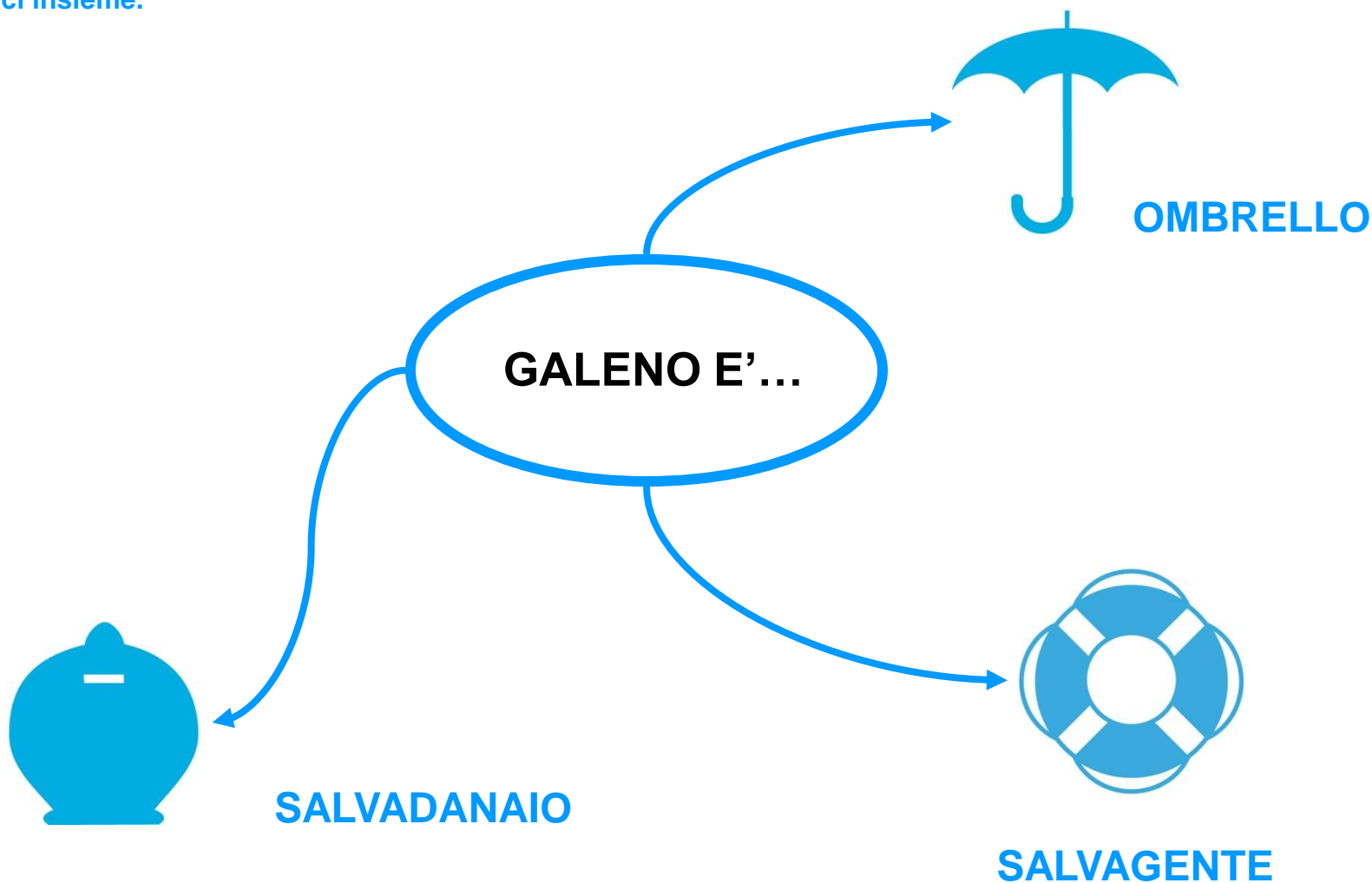
Ma facciamo un passo indietro per ...

conoscere tutti i vantaggi di Galeno





I medici insieme.

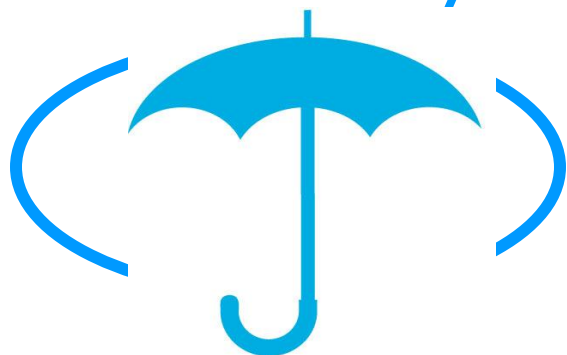




I medici insieme.



OMBRELLO



● **ASSISTENZA SANITARIA**

per il socio e la sua famiglia:

- rimborso spese sanitarie:
fino a 200.000 euro
fino a 350.000 euro per gravi mali
- rimborsi extra-ricovero fino a 6.500 euro annui
- diaria sostitutiva da ricovero 200 euro
- convenzionamento diretto con case di cura

● **LONG TERM CARE**

per il socio e la sua famiglia:

- rendita mensile di 700 euro in caso di non autosufficienza (500 euro fino al 31 dic 2013)

● **ASSISTENZA ODONTOIATRICA BASE**

per il socio e la sua famiglia (dal 1° gen 2014)

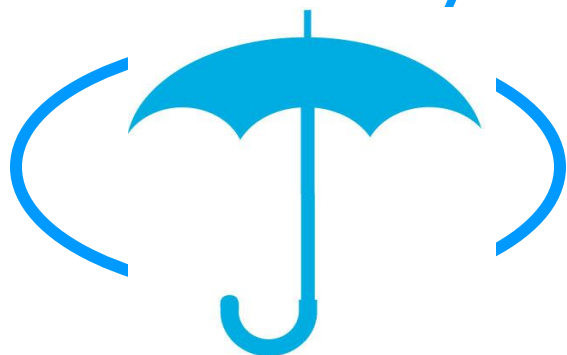


I medici insieme.



CASE DI CURA CONVENZIONATE (LAZIO)

OMBRELLO

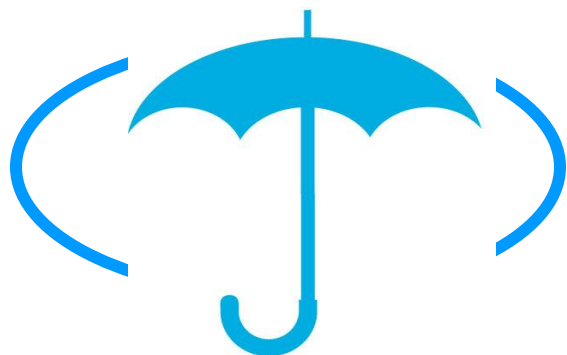




I medici insieme.



OMBRELLO



dal 1° gennaio 2014
l'Ombrello di Galeno
acquisisce i vantaggi fiscali
propri di un
**FONDO SANITARIO
INTEGRATIVO**



**DEDUCIBILITA' FISCALE
DEL CONTRIBUTO**



I medici insieme.



ESEMPIO DI DEDUCIBILITA'

Socio di 50 anni con nucleo familiare

reddito annuo lordo: 80.00 euro

contributo versato al fondo: 963 euro

imposta dovuta in assenza di deducibilità: 27.570 euro

imposta dovuta in regime di deducibilità: 27.156 euro

risparmio di imposta: 414 euro

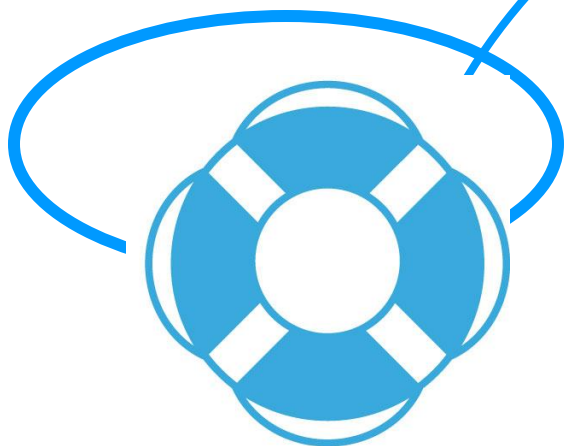




I medici insieme.



SALVAGENTE



- **MORTE PER OGNI CAUSA**
- **MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**
- **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

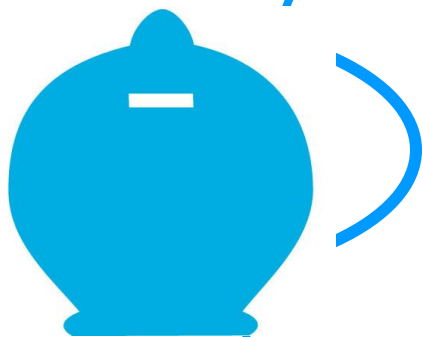
Le garanzie del Salvagente possono essere estese ai componenti del nucleo familiare



I medici insieme.



SALVADANAIO



- PREVIDENZA INTEGRATIVA

- alimentata automaticamente dal contributo mensile
- incrementata dai saldi attivi di gestione

- PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Fondo Pensione Aperto AXA
con scelta tra diverse linee di investimento

Possibilità di integrare con versamenti volontari entrambi le prestazioni previdenziali.

I soci possono richiedere:

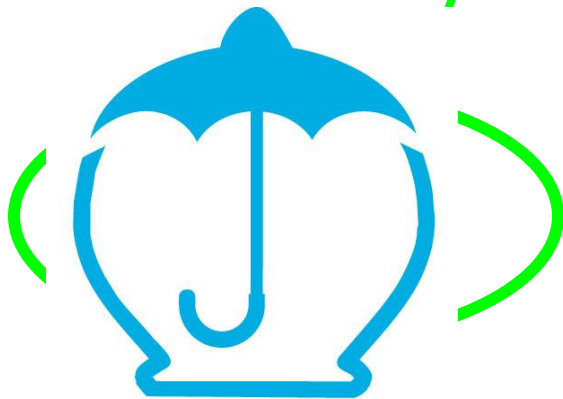
- dopo 5 anni dall'iscrizione, il **riscatto parziale** (fino al 90%) senza uscire dal fondo
- dopo 1 anno di contribuzione, il **riscatto speciale** in caso di uscita dal fondo



I medici insieme.



**CIRCUITO
VIRTUOSO**



RIPARTIZIONE DEI SALDI ATTIVI DI GESTIONE

Le compagnie di assicurazione, riconosciuto il positivo andamento tecnico di alcune garanzie assicurative, destinano a Galeno risorse utili a:

- incrementare con versamenti una tantum la posizione individuale di **risparmio previdenziale** o di previdenza complementare dei soci
- realizzare accantonamenti sul contratto collettivo di capitalizzazione istituito per **alimentare il piano Cent'anni.**



I medici insieme.

PIANO SU MISURA SINGOLO

Dr./Dr.ssa...

(data di nascita 01/01/1983 – 30 anni)



Quota associativa (una tantum)	€ 51,65
Spese d'iscrizione (una tantum)	€ 104,00
Contributo al Fondo di Solidarietà (una tantum)	€ 26,35
Contributo mensile (tramite RID)	€ 56,00
Totale versamento all'iscrizione (tramite bonifico bancario)	€ 238,00

OMBRELLO

Assistenza Sanitaria	€ 200.000,00
Grandi Interventi Chirurgici (coperture assicurative riservate ai Medici Soci)	€ 350.000,00
Morte ogni causa	€ 5.164,57
Morte infortuni	€ 5.164,57
Invalità permanente da infortuni	€ 30.240,00
Invalità permanente da malattia	€ 30.240,00
Long Term Care (fino a 70 anni) rendita mensile	€ 500,00

Tutto quello che non viene speso globalmente per l'Ombrello (Utili di Bilancio/Saldi Attivi) va ad incrementare gratuitamente il Salvadanaio.

SALVADANAIO

Quota mensile salvadanaio	€ 19,37
Totale versamenti al 70 anno	€ 23.200,25
Pensione annua dal 70 anno*	€ 2.292,13
Capitale al 70 anno*	€ 34.608,74

* La stima è applicabile su scelta della Forma Previdenziale Classica (art. 6 Regolamento) e si basa su ipotesi di rendimento minimo garantito del 2,50% annuo (come da normativa ISVAP)

Valido fino al 31 dic 2013



I medici insieme.



PIANO SU MISURA NUCLEO FAMILIARE

Dr./Dr.ssa...

(data di nascita 01/01/1963 – 50 anni)

Quota associativa (una tantum)	€ 51,65
Spese d'iscrizione (una tantum)	€ 104,00
Contributo al Fondo di Solidarietà (una tantum)	€ 26,35
Contributo mensile (tramite RID)	€ 144,00
Totale versamento all'iscrizione (tramite bonifico bancario)	€ 326,00

OMBRELLO

Assistenza Sanitaria	€ 200.000,00
Grandi Interventi Chirurgici (coperture assicurative riservate ai Medici Soci)	€ 350.000,00
Morte ogni causa	€ 25.920,00
Morte infortuni	€ 25.920,00
Invalità permanente da infortuni	€ 25.920,00
Invalità permanente da malattia	€ 25.920,00
Long Term Care (fino a 70 anni) rendita mensile	€ 500,00

Tutto quello che non viene speso globalmente per l'Ombrello (Utili di Bilancio/Saldi Attivi) va ad incrementare gratuitamente il Salvadanaio.

SALVADANAIO

Quota mensile salvadanaio	€ 42,44
Totale versamenti al 70 anno	€ 16.279,66
Pensione annua dal 70 anno*	€ 1.366,54
Capitale al 70 anno*	€ 20.276,71

* La stima è applicabile su scelta della Forma Previdenziale Classica (art. 6 Regolamento) e si basa su ipotesi di rendimento minimo garantito del 2,50% annuo (come da normativa ISVAP)

Valido fino al 31 dic 2013



I medici insieme.

PIANO SU MISURA



PIANO SU MISURA

Egregio Dottore/Gentile Dottoressa

(Età anagrafica: 59 anni - Status: Singolo)

OMBRELLO - FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

QUOTA CONTRIBUTO DEDUCIBILE

Assistenza Sanitaria	Massimale per il socio e la sua famiglia	200.000,00€
Grandi interventi chirurgici		350.000,00€
Assistenza odontoiatrica	oltre alla prevenzione,	1.500,00€
	Rendita mensile per il socio	
Long Term Care (fino a 70 anni)		700,00€

SALVAGENTE

	Somme assicurate per il socio	
Morte ogni causa		5.164,57€
Morte da infortunio		5.164,57€
Invalità permanente da infortunio		5.164,57€
Invalità permanente da malattia		5.164,57€

Il meccanismo del circuito virtuoso alimenta il salvadanaio di ciascun socio e l'assistenza del piano Centanni

SALVADANAIO

Quota mensile salvadanaio	60,4€
Totale versamenti al 70° anno	10.890,58€
Pensione annua dal 70° anno*	722,72€
Capitale al 70° anno*	12.337,26€

* La stima è elaborata sulla forma di previdenza integrativa di Galeno (art. 2 del Regolamento Salvadanaio) e si basa su una rivalutazione annua delle prestazioni del 2,50% annuo

Contributo mensile (tramite procedura SEPA) **136,00€**
comprensivo della quota mensile salvadanaio

All'atto dell'iscrizione è richiesto anche il versamento *una tantum* di:

quota associativa	51,65€
spese d'iscrizione	104,00€
contributo al Fondo di Solidarietà	26,35€

Totale versamento all'iscrizione (con bonifico bancario) **318,00€**

*Il piano può essere personalizzato a seconda delle specifiche esigenze del socio.
Il Servizio assistenza soci è a tua disposizione chiamando il n. gratuito 800 999 383*

firma per accettazione



I medici ir

Richiesta di Iscrizione



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 iscritti all'Ordine Professionale.

Galeno comprende tre 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

Per aderire alla Cassa 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 spedendo tramite lettera raccomandata a GALENO, via G.B. De Rossi, 12 00161 Roma:

- il presente modulo, da compilare in ogni sua parte
- fotocopia di un documento d'identità
- copia del bonifico (IBAN IT39 U056 9603 2200 0000 2951 X42) o assegno (non trasferibile, intestato Galeno Soc. Mutua Coop / Fondo Sanitario Integrativo).

Broker assicurativo: MARSH Spa



Istruzioni per la compilazione



I moduli in...

RICHIESTA D'ISCRIZIONE pag.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.

SCHEMA 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 in capitale assicurativo superi i 69.000 euro** (in relazione alle caratteristiche del Piano o ad 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.

3 RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____
 Codice Fiscale _____ Sesso M F _____
 Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
 Medico chirurgo (specializzazione) _____
 Odontoiatra _____
 In regime di: libero professionista convenzionato S.S.N. ospedaliero
 dipendente struttura privata ambulatoriale (convenzionato S.S.N.) _____
 Domicilio: città/cap _____ indirizzo _____
 Telefono abitazione _____ cellulare _____
 Telefono studio _____ fax _____
 e-mail _____
Si prega di compilare tutti i campi

CHIEDE DI ADERIRE AL PIANO

singolo
 con famiglia
 coniuge (legale o di fatto) _____ luogo e data di nascita _____
 figlio/a _____ luogo e data di nascita _____
 figlio/a _____ luogo e data di nascita _____
 figlio/a _____ luogo e data di nascita _____
 Quota sociale (una tantum) _____ euro 51,65
 Spese d'iscrizione (una tantum) _____ euro 104,00
 Contributo fondo di solidarietà (una tantum) _____ euro 26,35
 Primo contributo mensile _____ euro _____
 Totale versamento all'iscrizione _____ euro _____
 Forma previdenziale classica Fondo Pensione Aperto

I contributi mensili successivi al primo verranno incassati con addebito sul c/c bancario del Socio con procedura SEPA SDD: la Cassa invierà al Socio il relativo modulo al momento dell'iscrizione.
 Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e dei regolamenti associativi, accettandoli integralmente.

Data _____ Firma _____

LIBERATORIA PRIVACY

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di quanto specificato all'art 13 del Regolamento Norme comuni e di essere, pertanto, a conoscenza che i dati contenuti nel presente modulo saranno trattati dalla Cassa Galeno, in qualità di Titolare del Trattamento (e/o da altri soggetti eventualmente da questa incaricati al trattamento), in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per le sole finalità istituzionali della Cassa ed eventualmente per l'invio di comunicazioni di natura amministrativa. Il conferimento dei dati personali resi nella presente scheda è strettamente necessario alla gestione, esecuzione e fornitura dei servizi assicurativi, previdenziali ed assistenziali previsti dalla Cassa Galeno. L'eventuale rifiuto al trattamento di tali dati, ai soli fini dell'adempimento delle prestazioni indicate, comporta per la Cassa l'impossibilità di fornire le stesse e, pertanto, di accettare l'iscrizione del richiedente.

Esprimo Consenso Nego Consenso

Il conferimento dei dati personali resi nel presente modello potrà anche essere finalizzato all'invio di comunicazioni e/o materiale relativo a nuove proposte assicurative, previdenziali, assistenziali, mediante anche comunicazione dei dati ai soli fornitori dei servizi, nella misura strettamente necessaria. I dati potranno, altresì, essere utilizzati dalla Cassa per attività di monitoraggio dei servizi e di customer service. L'autorizzazione è facoltativa in quanto non pregiudica la gestione, esecuzione e fornitura dei servizi previsti dalla Cassa.

Esprimo Consenso Nego Consenso

Data _____ Firma _____

Galeno Società Mutua Cooperativa - Fondo Sanitario Integrativo, via G.B De Rossi, 12 - 00161 Roma
 Cod. fisc. e. o. iva 04273791006. Iscrizione Albo Cooperative sezione mutualità prevalente n. A127417

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

Convenzione n. 1104183 UnipolSai 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: _____
 Domicilio: Città/Cap _____ indirizzo _____
 Professione: _____
 Capitale da assicurare: _____ Decorezza 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 UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e GALENO Soc. Mutua Coop. a.r.l., nonché di aver ricevuto dal Contraente la relativa Condizioni generali l'Assicurazione, e acconsente all'Assicurazione medesima, a norma del disposto dall'art. 1919 del Codice Civile, e si aderisce mediante la sottoscrizione della presente scheda.

Data _____ L'Assicurando _____

Al sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali), preso atto dell'Informativa riportata all'Art. 13 del regolamento Norme comuni dell'Informativa ricevuta da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., qui allegata, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali.

Data _____ L'Assicurando _____

DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE da compilarsi esclusivamente:

- IN 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 Poliomelite; patologie autoimmuni quali Lupus eritematoso, Scleroderma, Sindrome di Sjogren;
- IN CASO DI CAPITALE COMPLESSIVAMENTE SUPERIORE A 69.000 euro

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

Data _____ 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?

SI NO se SI compilare il seguente riquadro

Descrizione evento	Anno	Ricovero	Intervento chirurgico (descrizione)	Postumi (descrizione)
		SI/NO	SI/NO	
		SI/NO	SI/NO	
		SI/NO	SI/NO	

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

Se SI, indicare motivo, anno ed esito

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

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

5) Gode di pensione di invalidità o ne ha fatto richiesta? SI 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 dai segreti professionali e legale i medici che possono averlo curato o averlo 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.

Data _____ L'Assicurando _____

SCHEDA RISERVATA Galeno Società Mutua Cooperativa - Fondo Sanitario Integrativo, via G.B De Rossi, 12 - 00161 Roma
 ALLA COMPAGNIA ASSICURATIVA Cod. fisc. e. p. iva 04273791006, Iscrizione Albo Cooperative sezione mutualità prevalente n. A127417



I medici insieme.



L'unica Cassa mutua cooperativa creata dai medici per i medici





I medici insieme.



continua a seguirci su
www.cassagaleno.it

oppure

vieni a trovarci in via De Rossi 12
(di fronte all'Ordine dei medici)

GRAZIE!