

LTC

Long Term Care volontaria

Istruzioni per la sottoscrizione della polizza

Attenzione

ogni singolo assicurando (aderente o beneficiario) deve autenticarsi sul sito <https://ltc.generalicuneo.it> e provvedere direttamente all'adesione alla propria polizza

Long Term Care volontaria

Ricorda

- ✓ La registrazione e la sottoscrizione devono essere perfezionate sul sito della Compagnia accedendo al seguente sito: <https://ltc.generalicuneo.it>
- ✓ Può essere sottoscritta esclusivamente **da chi ha effettuato nell'anno in corso la pre adesione tramite il Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo ISP**
- ✓ **Chi ha sottoscritto la polizza negli anni precedenti non deve fare nulla – LA POLIZZA SI RINNOVA AUTOMATICAMENTE PER L'ANNO IN CORSO**
- ✓ Ogni assicurando (aderente o beneficiario) deve provvedere **in autonomia** alla propria sottoscrizione

Inscrizione – fase 1

- Collegarsi al sito <https://ltc.generalicuneo.it> e, nella sezione ISCRIVITI, inserire

- Nome
- Cognome
- Codice fiscale

In tal modo si crea il profilo dell'utente.


NB: tutti i campi devono essere valorizzati altrimenti la procedura non permette di proseguire. I campi mancanti vengono evidenziati in rosso.

- Successivamente cliccare su **INIZIA**

Accedi

Username

Password

Accedi  [Reset password](#)

Iscriviti

Cosa stai aspettando? Inserisci i tuoi dati e accedi all'area riservata e scopri tutti i vantaggi della Long Term Care per Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo, ci vorrà solo qualche minuto!


La finestra di adesione è stata prorogata in via del tutto eccezionale per consentire l'attivazione della copertura a chi non ha ancora completato il processo di attivazione.

Affrettati a completare l'adesione!

Nome

Cognome


Codice fiscale

Inizia 

Iscrizione – fase 2

- Viene presentata la maschera riportata qui a fianco
- I campi **e-Mail** e **Cellulare** sono obbligatori
- Il numero di telefono deve corrispondere a quello di un cellulare - deve essere indicato anche il prefisso internazionale – (+39) per l'Italia (non inserire spazi o caratteri speciali come / * -)
- La **presa visione della privacy è obbligatoria**; in mancanza della spunta appare un messaggio di avviso
- Cliccare su **CONFERMA** per andare alla pagina successiva

Identificazione utente



Inserisci il tuo indirizzo mail

Email non valida

Inserisci il numero di telefono

Il numero deve iniziare con +39 e contenere da 6 a 14 cifre

Accetto l'informativa sulla privacy
Questo campo deve essere selezionato


Iscrizione

Benvenuto!

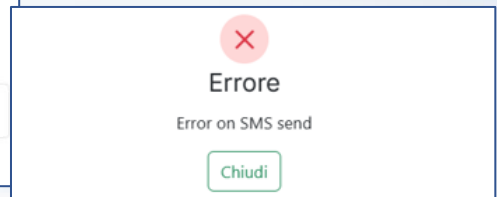
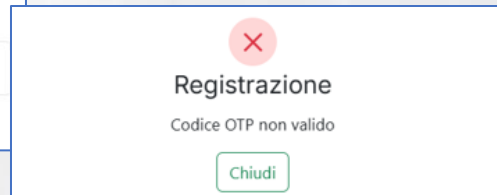
Prima di accedere al sito abbiamo bisogno di definire il tuo profilo digitale. Compila i campi e segui le istruzioni che ti daremo, bastano pochi minuti.


INFORMATIVA PRIVACY

Per procedere abbiamo bisogno della spunta sulla presa visione dell'INFORMATIVA PRIVACY

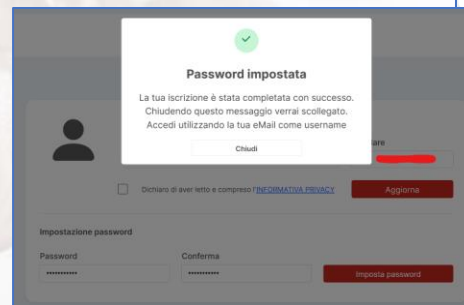
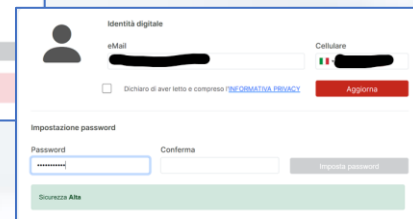
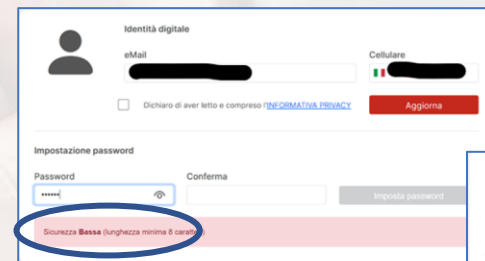
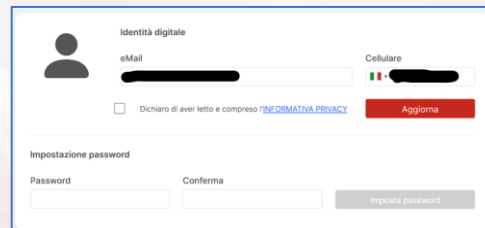
Iscrizione – fase 3

- Viene avviata la procedura di verifica dell'identità fornita
- Viene inviata una mail contenente un codice di verifica all'indirizzo e-mail specificato; il codice deve essere inserito e verificato
- Se il codice immesso non fosse corretto, l'utente viene avvisato con un messaggio; basterà cliccare nuovamente su **CONFERMA** per riavviare la procedura di verifica
- La stessa funzione di verifica viene applicata anche al numero di cellulare, tramite l'invio di un SMS



Iscrizione – fase 4

- Completata la verifica del profilo digitale è possibile creare la **propria password di accesso**
- Un messaggio colorato in basso illustra la qualità della password che si sta immettendo.
- Il requisito richiesto è una lunghezza di minimo 8 caratteri, con almeno un numero, un carattere speciale, una lettera maiuscola e una lettera minuscola (Es. Assicurazione2023!)
- La password inserita nel box Conferma deve corrispondere a quella digitata nel campo Password per poter abilitare il tasto **IMPOSTA PASSWORD**
- Come controllo di sicurezza, viene inviato un codice di verifica al cellulare indicato in precedenza
- Immettere il codice per completare la procedura
- Una volta immesso il codice, il sistema informa che la registrazione è stata completata
- Chiudendo il messaggio si viene riportati alla pagina iniziale, da dove è possibile effettuare il login



Accesso al SITO

- Per accedere al sito si deve utilizzare:
 - username: la mail indicata nella fase di iscrizione
 - Password: la parola chiave appena impostata

Primo accesso


- Al primo accesso il sistema chiede la conferma della presa visione dell' informativa privacy e l' autorizzazione al trattamento dei dati personali
- Se non si presta il consenso, il sistema riporta direttamente alla pagina di login
- Il consenso viene registrato solo se vengono attivate entrambe le spunte



Accedi

Username

Password

Accedi 

[Reset password](#)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Per consentire l'utilizzo di questo Portale, I contitolari acquisiscono alcuni suoi dati personali e, pertanto forniscono una [INFORMATIVA PRIVACY](#) reperibile in questa area riservata e consultabile in qualsiasi momento.

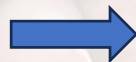
I dati saranno trattati nel rispetto dei principi generali di cui alla normativa nazionale ed europea in materia di protezione dei dati (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.; d.lgs. 101/2018; Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR), per le finalità e con le modalità indicate.

Dichiaro di aver preso visione dell' [INFORMATIVA PRIVACY](#) e di averne compreso interamente il contenuto

Autorizzo il trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità e secondo le modalità meglio specificate nell'informativa

Schermata iniziale

- Accedendo alla pagina, verrà presentata la schermata HOME.
- Prima di sottoscrivere l'adesione, è necessario leggere i documenti contrattuali pubblicati
- Nei documenti contrattuali vengono precisate eventuali esclusioni e limitazioni.



- Per procedere alla sottoscrizione, è necessario cliccare sul pulsante **ADESIONI** e successivamente cliccare sul pulsante **ADERISCI ADESSO**

Step 1

Atto di adesione

- Per completare l'adesione è necessario compilare due questionari
- Il primo è il **Profilo anagrafico**
- Tranne il campo «Ulteriore paese cittadinanza» **tutti i campi sono obbligatori**
- Dove applicabile, i campi hanno una funzione di auto completamento che suggerisce i valori possibili (Nazioni, Comuni, Impiego, Settore, ...)

Step 1 - Compilazione profilo anagrafico

Dati anagrafici assicurando

Nome Cognome Data di nascita

Sex Maschio Femmina Sesso Indirizzo Comune di nascita

Provincia Paese cittadinanza Ulteriore paese cittadinanza

Codice fiscale Indirizzo in qualità di

Iscritto

Residenza

Nazione Indirizzo Città

Comune CAP Provincia

Professione

Indirizzo Settore Anno

Nazione attività economica prevalente Comune attività economica prevalente Settore pubblicazione

Codice pubblico diverso da codice pubblicazione Altro (specificare)

Identità

Titolo Categoria Documento

Numero documento Data di rilascio Data scadenza

Ulteriore documento Località Provincia

Esigenze assicurative e altre coperture

Esigenze assicurative

Con riferimento alle varie di bisogno indicare, in caso altre polizze assicurative (anche con altre compagnie) per la copertura del medesimo bisogno:

NO SI

Seguirà con convenzioni prearrivate Investimento Protezione vita e dei miei cari

Caratteristiche e qualità del prodotto

Con riferimento ai dati, che possono essere personalizzati, indicare se il prodotto è idoneo per le proprie esigenze e per i propri dati personali, nonché la possibilità di farlo nei suoi contenuti da parte della Compagnia.

Prevedo che mi è stato spiegato che le caratteristiche e le qualità del prodotto assicurativo da me sottoscritto in questo, anche presso altri intermediari, potrebbero essere già comprese alle mie esigenze di tipo assicurativo, e riconosco che qualsiasi mia richiesta di consultazione di contenuti assicurativi tiene conto di quelli da me già sottoscritti.


Privacy

Prevo l'accesso all'indirizzo [privacy@gruppo.intesa.it](#) ed autorizzo il trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini commerciali, nonché per le finalità del trattamento con finalità di marketing privacy da Intesa Sanpaolo e del Gruppo Intesa Sanpaolo e del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche digitalmente, gli stessi secondo quanto indicato nell'informazione per assicurare gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Prevedo inoltre il trattamento delle categorie particolari di dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento Illustrate nell'Informativa privacy da Intesa Sanpaolo, per quanto necessario all'adempimento dei miei obblighi e di mia libera scelta.

Dati anagrafici assicurando

Nome [REDACTED]	Cognome [REDACTED]	Data di nascita [REDACTED]
Sesso <input type="radio"/> Maschio <input checked="" type="radio"/> Femmina	Nazione ITA	Comune di nascita Inizia a scrivere...
Provincia Inizia a scrivere...	Italia Inizia a scrivere...	Ulteriore paese cittadinanza Inizia a scrivere...
Codice fiscale [REDACTED]	Adesione in qualità di <input type="radio"/> Iscritto	

Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa San Paolo 

Home Adesioni Documenti Supporto Il mio profilo

Step 1 - Compilazione profilo anagrafico

Dati anagrafici assicurando

Nome [REDACTED]	Cognome [REDACTED]	Data di nascita [REDACTED]
Codice Fiscale [REDACTED]	Sesso <input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	
Nazione ITALIA	Comune di nascita ROMA	Provincia
Paese cittadinanza	ROMA RM	
	ROMAGNANO RN	
	ROMAGNANO AL MONTE SA	
	ROMAGNANO STAZIONE SA	
	ROMANA SG	
Adesione in qualità di <input type="radio"/> Iscritto		

- E' necessario **valorizzare tutti i campi**.
- Iniziando a compilare alcuni campi, verrà proposta la scelta dal menù a tendina (come indicato nel campo COMUNE DI NASCITA)
- Nel campo PAESE CITTADINANZA, è necessario indicare il PAESE (ES. ITALIA, FRANCIA, GERMANIA, etc.)

Sezione professione

Professione

Professione

Settore ❗

AVVOCATO

LAV. AUTONOMO

CONSULENTE DEL LAVORO

Comune attività economica prevalente

posta Altro (specificare)

- Nella sezione riguardante la professione, vengono elencate nel menù a tendina le diverse possibilità.
- Inoltre, alcune professioni non danno la possibilità di scegliere liberamente il settore. Qualora venisse scritta erroneamente la professione o un settore non coerente, viene presentato l'errore «SETTORE NON CENSITO O NON CONSENTITO IN BASE ALLA PROFESSIONE»

Residenza

Nazione

Indirizzo Civico

Comune

CAP Provincia

Pi

LUNETO 43030 PR

GRANGIE DI LUCEDIO 13039 VC

PASSO DEL LUPO 41029 MO

LUMARZO 16024 E737 GE

Settore ❗

Area



Nazione attività economica prevalente Comune attività economica prevalente Persona politicamente esposta ❗

Sezione residenza

- Nella sezione residenza, vengono elencate nel menù a tendina i diversi comuni.

Sezione bisogni assicurativi caratteristiche finalità dei prodotti

- Nella sezione riguardante «bisogni assicurativi e altre coperture»: è necessario indicare «SI» nel caso sia attiva la copertura LTC prevista dal CCNL del Credito, indicando protezione mia e dei miei cari
- E' obbligatorio spuntare le caratteristiche e finalità dei prodotti e la privacy, per poter procedere
- Cliccando sul pulsante **AVANTI**, nel caso in cui risultino campi non compilati, il sistema avvisa con un messaggio e colora in rosso i bordi dei campi mancanti.



Bisogni assicurativi e altre coperture

Bisogno assicurativo
Protezione mia e dei miei cari

Con riferimento alle aree di bisogno indicate, ho in corso altre polizze assicurative (anche con altre compagnie) per la copertura del medesimo bisogno:

SI NO

Risparmio con versamenti programmati Investimento Protezione mia e dei miei cari

Caratteristiche e finalità dei prodotti

Sono consapevole del fatto che i prodotti assicurativi possono prevedere contrattualmente esclusioni e/o limitazioni e per i prodotti danni scoperti e/o franchigie, possibilità di rivalsa nei miei confronti da parte della Compagnia

Prendo atto che mi è stato segnalato che le caratteristiche e le finalità dei prodotti assicurativi da me sottoscritti in passato, anche presso altri intermediari, potrebbero avere già corrisposto alle mie esigenze di tipo assicurativo, e riconosco che qualsiasi mia richiesta di sottoscrizione di contratti assicurativi tiene conto di quelli da me già sottoscritti

Privacy

Presa visione dell'allegata **INFORMATIVA PRIVACY** sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'Informativa privacy da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Generali Italia e l'Agente tratteranno, anche congiuntamente, gli stessi secondo quanto indicato nell'Informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'Informativa privacy da (i) a (viii), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

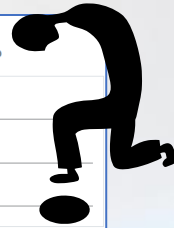
Avanti →

- Il questionario sanitario è richiesto solo per chi ha un'età ≥ 70 anni (nato prima del 01/01/1956) e aderisce alla polizza dal 2026 per la prima volta.
- Si compone di **4 domande**, corrispondenti alle casistiche di esclusione previste dai documenti contrattuali.
- Solo a chi risponde negativamente a tutte 4 le domande viene consentito di procedere con la sottoscrizione della polizza.
- Prima di compilare il questionario, è necessario consultare i documenti contrattuali pubblicati nella sezione HOME.


QUESTIONARIO SANITARIO	
Copertura assicurativa Long Term Care per Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo	
Nome:	Cognome:
Data di nascita	Sesso:
Codice fiscale:	Con la qualifica di:

E nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

1. Ti risulta difficoltoso o impossibile compiere una o più di queste azioni (in maniera permanente): fare il bagno o la doccia, vestirti o svestirti, provvedere all'igiene del corpo, alla mobilità, gestire la continenza, bere e mangiare?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2. Hai ricevuto una diagnosi di:		
Alzheimer	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Parkinson	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Altre forme di demenza, senile o su base vascolare	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Sclerosi laterale amiotrofica	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Ictus o cardiopatie ischemiche con postumi invalidanti	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Tumore maligno (cancro), che abbia necessitato di intervento chirurgico e/o trattamento radio e/o chemio terapeutico e/o cure negli ultimi 5 anni	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Diabete di Tipo I	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Glaucoma bilaterale progressivo	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
3. Sei stato riconosciuto invalido con un grado di invalidità pari o superiore al 66% o ti trovi già in uno stato di non autosufficienza o hai in corso accertamenti allo scopo del riconoscimento di invalidità o di non autosufficienza?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
4. Prevedi un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive o per esami biopatici? (NON INDICARE ricoveri avvenuti per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO



- Chi **ha meno di 70 anni** deve prendere visione dell'autodichiarazione
- Occorre confermare di essere in buona salute e di non essere affetti da patologie che precludano la possibilità di sottoscrivere la polizza.
- Prima di compilare l'autodichiarazione, è necessario consultare i documenti contrattuali pubblicati nella sezione HOME.

Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa San Paolo 

Home Adesioni Documenti Supporto Il mio profilo

Step 2 - Compilazione questionario sanitario

Dati anagrafici assicurando

Nome Cognome Data di nascita

Sesso Maschio Femmina Codice fiscale

Adesione in qualità di Iscritto

E' nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

Prendo atto che non sono assicurabili:
coloro che, al momento dell'ingresso in assicurazione, risultano già affetti o abbiano in corso accertamenti per possibile diagnosi di:
Alzheimer, Parkinson, Demenza giovanile o vascolare, Sclerosi laterale amiotrofica o multipla, Ictus o cardiopatie ischemiche con postumi invalidanti, Diabete di Tipo I, Artrite reumatoide, Glaucoma bilaterale progressivo, Tumore maligno (cancro) che abbia necessitato di intervento chirurgico e/o trattamento radio e/o chemio terapeutico e/o cure negli ultimi 5 anni.
Non sono inoltre assicurabili coloro che siano stati riconosciuti invalidi con un grado di invalidità pari o superiore al 66% o che si trovino già in uno stato di non autosufficienza o che abbiano in corso accertamenti allo scopo del riconoscimento di invalidità o di non autosufficienza.

Confermo

Avanti →

© 2022 - Privacy Policy



Step 3 - Stampa, firma e carica l'atto di adesione

Scarica PDF

Scarica via mail

Carica documenti firmati



ATTO DI ADESIONE

[pagina 1 di 2]

QUESTIONARIO N° 2022Q000076

PROFILO ANAGRAFICO

Caricamento documenti

Caricando il questionario firmato, la scansione del documento d'identità indicato nel questionario e la scansione della tessera sanitaria, l'Agenzia prenderà in carico la richiesta di adesione.

Atto di adesione

Scegli i file

Nessun file scelto

Documento identità

Scegli i file

Nessun file scelto

Attenzione: il documento d'identità che stai caricando deve coincidere con le informazioni inserite precedentemente nell'atto di adesione.

Tessera sanitaria

Scegli i file

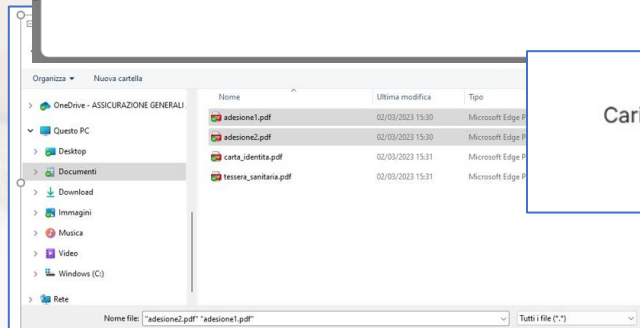
Nessun file scelto

Carica

Caricamento completato

Files caricati con successo

Chiudi



- Una volta completata la compilazione del questionario o dell'autodichiarazione è possibile completare la sottoscrizione della polizza attraverso i seguenti passaggi:

- Scaricare l'atto di adesione
- Stampare e firmare le due pagine che lo compongono
- Caricare:

- L'atto di adesione firmato
- Una scansione di un **documento di identità** in corso di validità (carta di identità o patente di guida non scadute)
- Una scansione della **tessera sanitaria**

Suggerimento: nel momento in cui si selezionano i file da caricare, tenendo premuto il tasto CTRL della tastiera, è possibile selezionare più file da caricare

Ultimo Step

Completamento adesione

Ciao I
Adesioni Long Term Care per Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo

Completata

Richiesta il	Codice adesione	Tipologia
14/05/2026	2026Q000008	-----



- Cliccando sul pulsante **CARICA**, la sottoscrizione della polizza è completata
- A conferma viene inviata una mail e accedendo alla piattaforma lo stato sarà «COMPLETATA»
- Il sottoscrittore riceverà mail di CONFERMA al termine della procedura d'iscrizione



Informazioni e dettaglio sulla polizza



Per tutte le informazioni di dettaglio sulla polizza è possibile contattare l'agenzia **Generali Italia di Cuneo** ai seguenti recapiti

- Telefono 0171/1713008 – 0171/456860 - 0171/456811
- Cellulare 348/3983661
- Mail collettivevita@generalicuneo.it
- Orario al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 14 alle ore 16

