

# LTC

# Long Term Care volontaria

**Istruzioni per la registrazione e sottoscrizione della polizza**

**Attenzione**

ogni assicurando deve autenticarsi sul sito <https://ltc.generalicuneo.it> e provvedere direttamente alla sottoscrizione della propria polizza

# LTC

# Long Term Care volontaria

## Ricorda

- ✓ La registrazione e la sottoscrizione deve essere perfezionata sul sito della Compagnia accedendo al seguente sito: <https://ltc.generalicuneo.it>
- ✓ Può essere sottoscritta solamente **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 aderente deve provvedere **in autonomia** alla propria sottoscrizione

# Iscrizione – 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 ed i campi mancanti vengono evidenziati in rosso.

- Successivamente premi **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

- Premuto invio 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
- Premere il tasto **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!

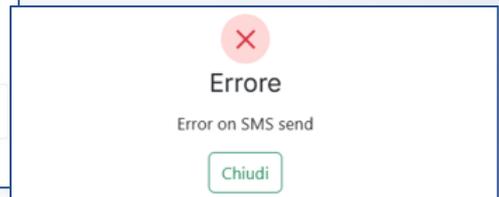
Prima di accedere al sito abbiamo bisogno di definire il tuo profilo digitale. Compila i campi e segui le istruzioni che ti daremo, bastano pochi minuti.

  
**INFORMATIVA PRIVACY**

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

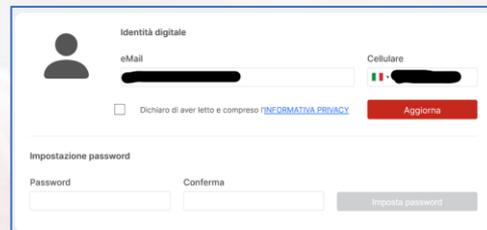
# Iscrizione – fase 3

- Premendo il tasto Conferma 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 premere di nuovo il tasto Conferma per avviare nuovamente la 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 minimo richiesto è una lunghezza di minimo 8 caratteri di 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 altrimenti il tasto Imposta password non viene abilitato
- 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 ci informa che la registrazione è stata completata
- Chiudendo il messaggio si viene riportati alla pagina iniziale, da dove è possibile fare il login



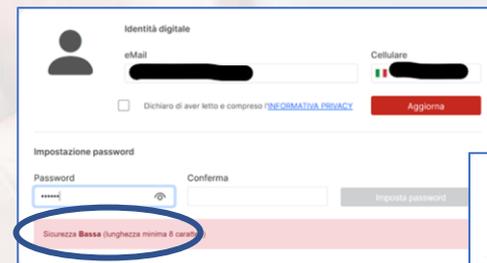
Identità digitale

eMail [redacted] Cellulare [redacted]

Dichiaro di aver letto e compreso l'[INFORMATIVA PRIVACY](#) Aggiorna

Impostazione password

Password [redacted] Conferma [redacted] Imposta password



Identità digitale

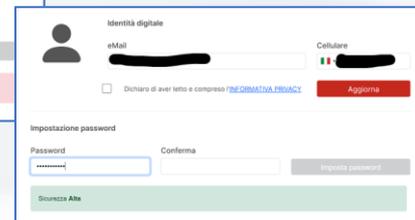
eMail [redacted] Cellulare [redacted]

Dichiaro di aver letto e compreso l'[INFORMATIVA PRIVACY](#) Aggiorna

Impostazione password

Password [redacted] Conferma [redacted] Imposta password

Sicurezza **Bassa** (lunghezza minima 8 caratteri)



Identità digitale

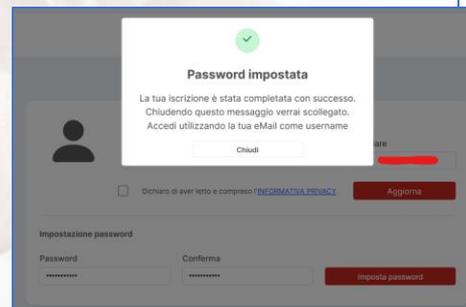
eMail [redacted] Cellulare [redacted]

Dichiaro di aver letto e compreso l'[INFORMATIVA PRIVACY](#) Aggiorna

Impostazione password

Password [redacted] Conferma [redacted] Imposta password

Sicurezza **Alta**



✓

**Password impostata**

La tua iscrizione è stata completata con successo.  
Chiudendo questo messaggio verrà scollegato.  
Accedi utilizzando la tua eMail come username

Chiudi Aggiorna

Dichiaro di aver letto e compreso l'[INFORMATIVA PRIVACY](#)

Impostazione password

Password [redacted] Conferma [redacted] Imposta password

# Accesso al SITO

- Per accedere al sito si deve utilizzare come username la mail indicata nella fase di iscrizione e la password appena impostata

## Primo accesso

- Al primo accesso il sistema ci chiede la conferma della presa visione dell'informatica privacy e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali
- Se non si presta il consenso, il sistema ci riporta 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.

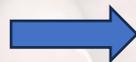
I dati saranno trattati nel rispetto dei principi generali di cui alla normativa nazionale ed europea in materia di protezione dei dati (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.; d.lgs. 101/2018; Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR), per le finalità e con le modalità indicate.

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'informatica

# 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 la sezione Adesioni** e successivamente il bottone **ADERISCI ADESSO**



**Dati anagrafici assicurando**

Nome <input type="text"/>	Cognome <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>
Sesso <input type="radio"/> Maschio <input checked="" type="radio"/> Femmina	Nazione <input type="text"/>	Comune di nascita <input type="text"/>
Provincia <input type="text"/>	Italia <input type="text"/>	Ulteriore paese cittadinanza <input type="text"/>
Codice fiscale <input type="text"/>	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 <input type="text"/>	Cognome <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>										
Codice Fiscale <input type="text"/>	Sesso <input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina											
Nazione <input type="text"/>	Comune di nascita <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>										
Paese cittadinanza <input type="text"/>	<table border="1"><tr><td>ROMA</td><td>RM</td></tr><tr><td>ROMAGNANO</td><td>RN</td></tr><tr><td>ROMAGNANO AL MONTE</td><td>SA</td></tr><tr><td>ROMAGNANO STAZIONE</td><td>SA</td></tr><tr><td>ROMANA</td><td>SS</td></tr></table>	ROMA	RM	ROMAGNANO	RN	ROMAGNANO AL MONTE	SA	ROMAGNANO STAZIONE	SA	ROMANA	SS	
ROMA	RM											
ROMAGNANO	RN											
ROMAGNANO AL MONTE	SA											
ROMAGNANO STAZIONE	SA											
ROMANA	SS											
Adesione in qualità di <input type="radio"/> Iscritto												

- E' necessario **valorizzare tutti i campi**.
- Iniziando a compilare alcuni campi, vi 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 3

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 3

Area

Nazione attività economica prevalente  Comune attività economica prevalente  Persona politicamente esposta 1

## 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
- Premendo il tasto Avanti, nel caso in cui risultino campi non compilati, il sistema ci avvisa con un messaggio e colora di 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 viene proposto **solo a chi ha più di 55 anni**
- Si compone **di 4 domande**, corrispondenti alle casistiche di esclusione previste dai documenti contrattuali: ha lo scopo di avvertire le persone che non rientrano nelle condizioni di salute per poter entrare in copertura dell'impossibilità di sottoscrivere la polizza
- 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 type="checkbox"/> NO
2. Hai ricevuto una diagnosi di:		
Alzheimer	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Parkinson	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altre forme di demenza, senile o su base vascolare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sclerosi laterale amiotrofica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ictus o cardiopatie ischemiche con postumi invalidanti	<input type="checkbox"/> SI	<input 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 type="checkbox"/> NO
Diabete di Tipo I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Glaucoma bilaterale progressivo	<input type="checkbox"/> SI	<input 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 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, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



- Chi **ha meno di 55 anni** deve prendere visione dell'autodichiarazione
- Va data conferma di essere in buona salute e di non essere affetti da alcune patologie che precludono 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

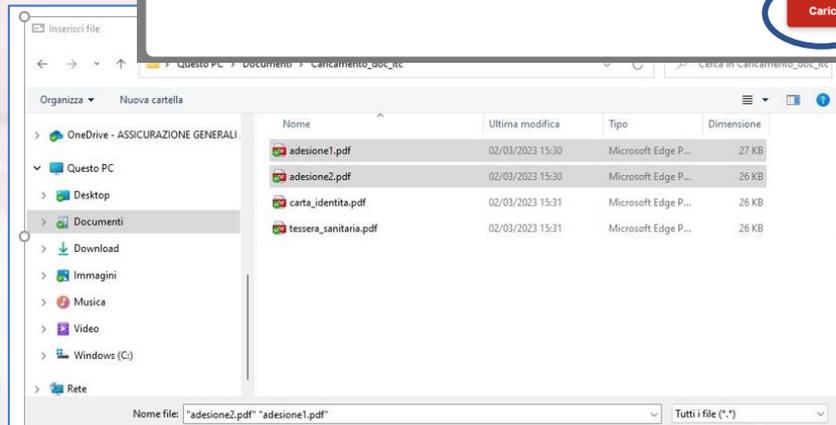
Nessun file scelto

Carica

- 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



- Premendo il tasto 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 esclusivamente contattare l'agenzia **Generali Italia di Cuneo** ai seguenti recapiti

- Telefono 0171/456811 - 0171/456860
- Cellulare 348/3983661
- Mail [collettivevita@generalicuneo.it](mailto:collettivevita@generalicuneo.it)
- Orario al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 13 alle ore 17

