

LTC

Long Term Care volontaria

Istruzioni per la registrazione e sottoscrizione della polizza

Attenzione

ogni assicurando deve autenticarsi sul sito

<https://ltccuneo.azurewebsites.net/> e provvedere direttamente alla propria
iscrizione

LTC

Long Term Care volontaria

Ricorda

- ✓ La registrazione e la sottoscrizione deve essere perfezionata sul sito della Compagnia accedendo al seguente sito: <https://ltccuneo.azurewebsites.net/>
- ✓ Può essere sottoscritta solamente **da chi ha effettuato la pre-adesione tramite il Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo ISP**
- ✓ Ogni aderente deve provvedere **in autonomia** alla propria sottoscrizione

Iscrizione – fase 1

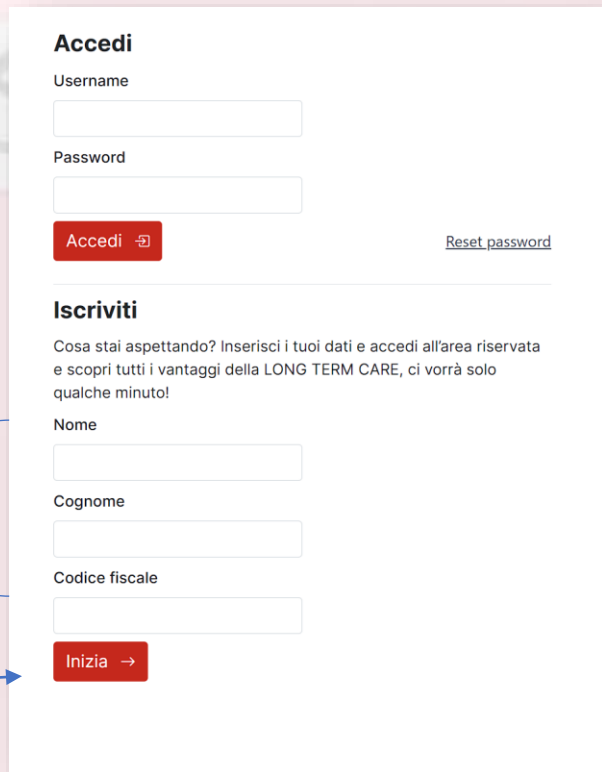
- Collegarsi al sito **<https://ltccuneo.azurewebsites.net/>** e, nella sezione ISCRIVITI, inserire

- 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 **INVIA**



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, ci vorrà solo qualche minuto!

Nome

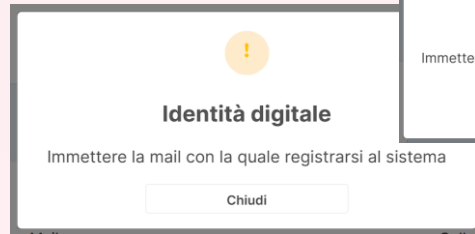
Cognome

Codice fiscale

Inizia 

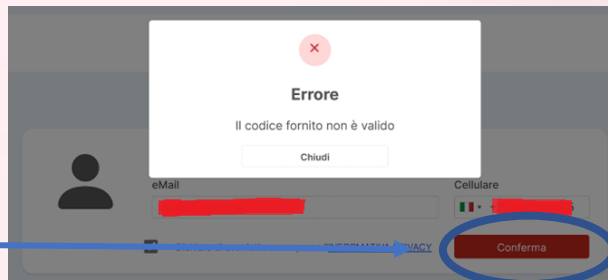
Iscrizione – fase 2

- 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**



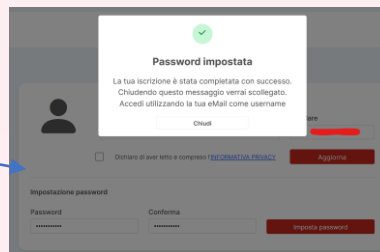
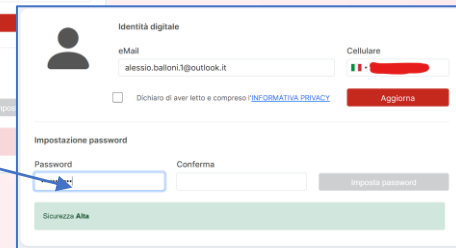
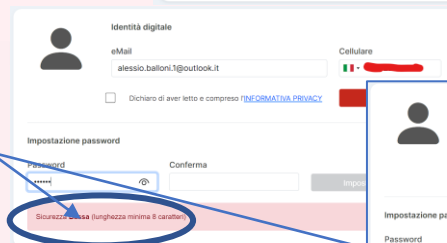
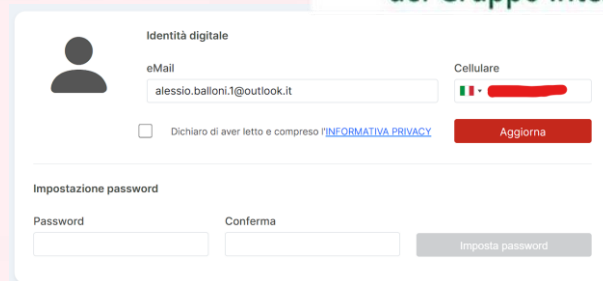
Iscrizione – fase 3

- Premendo il tasto Conferma viene avviata la procedura di verifica dell'identità fornita
- Viene inviata una mail contenente un codice di verifica all'indirizzo 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



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'informativa 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

mario.rossi@mail.it

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.

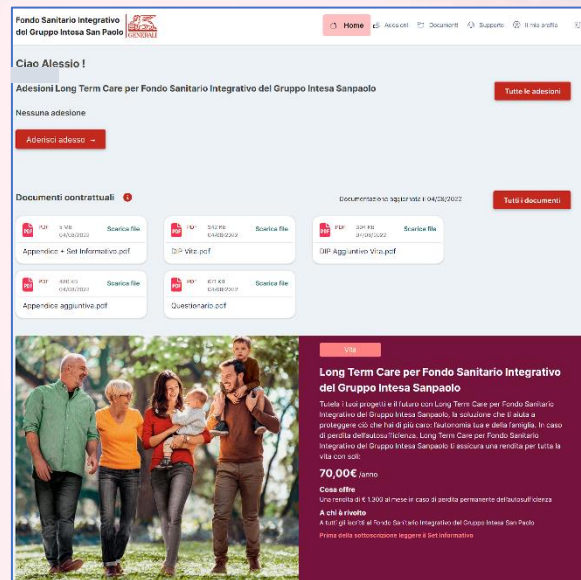
☐ Dichiaro di aver preso visione dell' [INFORMATIVA PRIVACY](#) e di averne compreso interamente il contenuto

☐ 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

[Non do il consenso](#) [Do il consenso](#)

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**

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

Codice Fiscale Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina

Nazione Comune di nascita Provincia

Paese cittadinanza Ulteriore paese cittadinanza

Adesione in qualità di ☐ Socio Fassen

Residenza

Nazione Indirizzo Civico

Comune CAP Provincia

Professione

Impiego

Settore Area

Nazione attività economica prevalente Sigla provincia attività economica prevalente

Persona politicamente esposta ☐ No ☐ Sì Cariche pubbliche diverse da Persona politicamente esposta ☐ No ☐ Sì

Identità

eMail Cellulare

Documento Numero documento Data rilascio Data scadenza

Carta d'identità

Ente rilascio documento Località Provincia Nazione

Bisogni assicurativi e altre coperture

Bisogno assicurativo

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

Privacy

☐ Prevo l'invio dell'elaborazione INFORMATIVA PRIVACY sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per la finalità del trattamento come illustrato nell'informatica privacy da 1) a 10) e conformemente dei dati e informazioni a che Generali Italia e filiali sottostanti, anche congiuntamente, gli stessi secondo quanto indicato nell'informatica per assicurare gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

☐ Fornisco l'indirizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrato nell'informatica privacy da 11) a 14), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Avanti

Step 1 - Compilazione profilo anagrafico

Dati anagrafici assicurando

Nome Cognome Data di nascita

Codice Fiscale Sesso ☒ Maschio ☐ Femmina

Nazione Comune di nascita

ITALIA

Ulteriore paese cittadinanza

Adesione in qualità di ☐ 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 Cognome Data di nascita

Codice Fiscale Sesso ☒ Maschio ☐ Femmina

Nazione Comune di nascita Provincia

ITALIA

PAESE CITTADINANZA

Adesione in qualità di ☐ Iscritto

ROMA RM
ROMAGNANO RN
ROMAGNANO AL MONTE SA
ROMAGNANO STAZIONE SA
ROMANA SS

- 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

Impiego

IMPIEGATO

Settore

-- selezionare il settore --

Settore non censito o non consentito in base alla professione

Persona politicamente esposta

No

Cariche pubbliche diverse da Persona politicamente esposta

No

Professione

Impiego

IMP

IMPIEGATO

IMPRENDITORE

Area

Privato

Nazione attività economica prevalente

Sigla provincia attività economica prevalente

AG

Persona politicamente esposta

No

Cariche pubbliche diverse da Persona politicamente esposta

No

AG

- 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»

Sezione bisogni assicurativi caratteristiche e 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

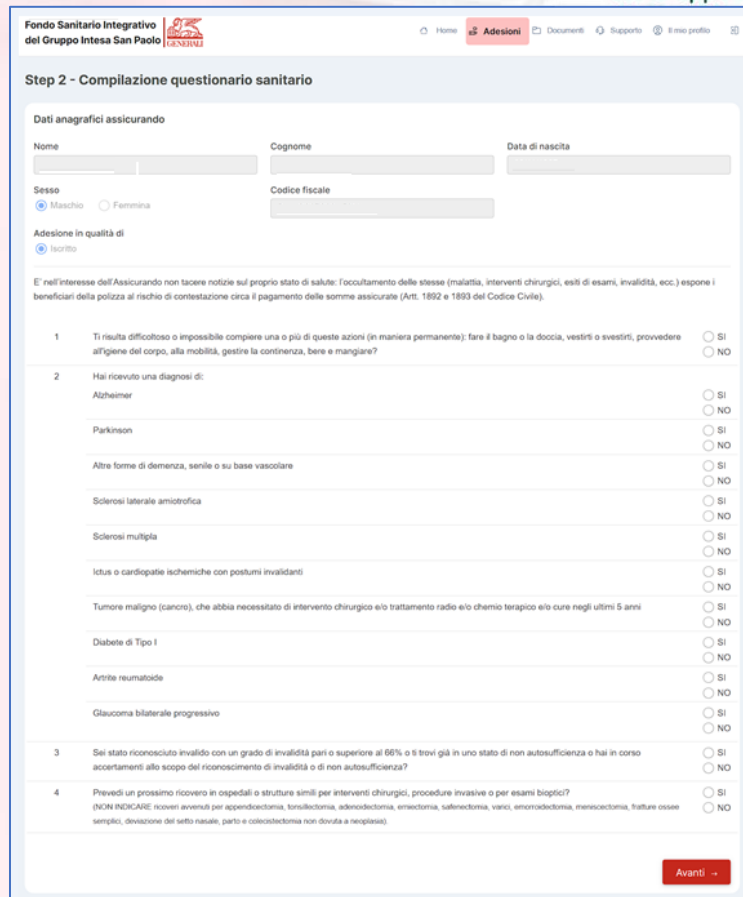
Privacy

☒ 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.



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

Adesione in qualità di ☒ Iscritto

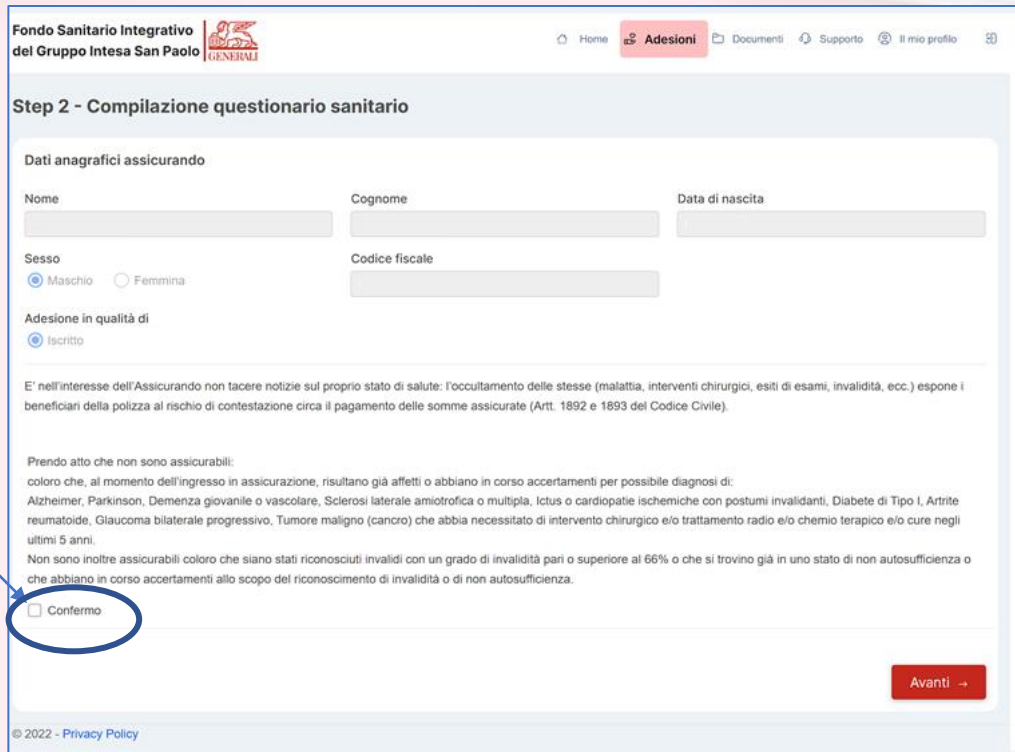
Codice fiscale

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? ☐ SI ☐ NO
- 2 Hai ricevuto una diagnosi di:
 - Alzheimer ☐ SI ☐ NO
 - Parkinson ☐ SI ☐ NO
 - Altre forme di demenza, senile o su base vascolare ☐ SI ☐ NO
 - Sclerosi laterale amiotrofica ☐ SI ☐ NO
 - Sclerosi multipla ☐ SI ☐ NO
 - Ictus o cardiopatie ischemiche con postumi invalidanti ☐ SI ☐ 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 ☐ SI ☐ NO
 - Diabete di Tipo I ☐ SI ☐ NO
 - Artrite reumatoide ☐ SI ☐ NO
 - Glaucoma bilaterale progressivo ☐ SI ☐ 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? ☐ SI ☐ NO
- 4 Prevedi un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive o per esami diagnostici?
(NON INDICARE: ricoveri avvenuti per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, salpingectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossa semplici, deviazione del setto nasale, parto e cesareotomia non dovuta a ragioni mediche) ☐ SI ☐ NO

Avanti ->

- 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

- 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

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

Questo PC > Documenti > Caricamento_soc_ite

Nome	Ultima modifica	Tipo	Dimensione
adesione1.pdf	02/03/2023 15:30	Microsoft Edge P...	27 KB
adesione2.pdf	02/03/2023 15:30	Microsoft Edge P...	26 KB
carta_identita.pdf	02/03/2023 15:31	Microsoft Edge P...	26 KB
tessera_sanitaria.pdf	02/03/2023 15:31	Microsoft Edge P...	26 KB

Nome file: "adesione2.pdf" "adesione1.pdf" Tutti i file (*.*)

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

