

# MANUALE DEL PORTALE DI ADESIONE

## ESTENSIONE AL NUCLEO E ADESIONE AI PIANI FACOLTATIVI





W e l l ü p

Benvenuto

Grazie per averci scelto. Accedi qui sotto.

Inserisci il tuo Codice Fiscale

Invia

powered by  
**iotelematics**  
THE NEW INTERNET OF THINGS

In questa fase iniziale, è necessario inserire il proprio **codice fiscale**.

Se i dati dell'utente risultano già registrati, il sistema proporrà un wizard con i campi precompilati.

## IL SOTTOSCRITTO

**Elenco familiari** +

Nessun familiare presente

**Totale**  
619.29 €

**Polizza base**

**Dati anagrafici**

**Nome\*** Mario **Cognome\*** Rossi

**Codice fiscale\*** RSSMRA81B13H501K **Cittadino italiano**

**Genere\*** Maschio **Luogo di nascita\*** Roma **Data di nascita\*** 14/02/1949 !

**Matricola \*** 0000001

**Contatti**

**Email\*** mario.rossi@gmail.com

*\*I prezzi e dati riportati hanno valore esclusivamente indicativo.* →

Successivamente, è possibile aggiungere i familiari appartenenti al nucleo familiare, assicurandosi che siano fiscalmente a carico.

In basso a sinistra verrà mostrato il **premio**, che si aggiornerà automaticamente in base alle scelte effettuate.

Per proseguire, cliccare sulla **freccia** in basso a destra.

Compila i dati anagrafici

Piani aggiuntivi

Questionario informativo

Riepilogo

Piani aggiuntivi

Polizza integrativa

Estendi il piano al tuo nucleo familiare

Polizza infortuni

Morte o Morte da infortunio ?

Capitale	Premio annuo
50.00	10.75 €
100.00	22.38 €
200.00	43.88 €

\*I prezzi riportati hanno valore esclusivamente indicativo.

← →

Totale  
619.29 €

Nel **secondo step** del wizard è possibile **selezionare i piani aggiuntivi**.

Solo il piano integrativo può essere esteso al nucleo familiare precedentemente creato per l'estensione al Piano Base.

Nella **polizza infortuni**, ogni garanzia è associata a un massimale che determina un premio annuo.

*Il prezzo si aggiorna automaticamente in base alle selezioni effettuate.*

# QUESTIONARIO INFORMATIVO

Compila i dati anagrafici

Piani aggiuntivi

Questionario informativo

Riepilogo

Questionario informativo

**Polizza base**

E' interessato alla protezione prevista dal Piano Base per i suoi familiari?

Si  No

I suoi familiari hanno già altre coperture per rimborso spese mediche?

Si  No

E' interessato ad ampliare per i suoi familiari le garanzie sanitarie?

Si  No

Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Base?

Si  No

Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione sinistri?

Si  No

*\*Le domande riportate hanno finalità esclusivamente dimostrative.*

← →

**Si procede con la compilazione del questionario informativo.**

Se, nel passaggio precedente, erano stati selezionati anche gli altri due piani, questi verranno automaticamente visualizzati.

## CONTRATTO

### Riepilogo

**Dati titolare**

Nome	Rossi	Cognome	Mario	Codice fiscale	RSSMRA81B13H501K
Genere	♂	Data di nascita	13/09/1946	Email	mario.rossi@gmail.com
Cellulare	+39 3478844556	Telefono	-	Indirizzo	Via Roma, 1 Torino (TO) - 20123

**Familiari**

Nome	Cognome	Codice fiscale	Data di nascita	Grado parentela	Familiare a carico	Convivente
Nessun familiare presente						

*\*I dati riportati hanno valore esclusivamente indicativo.*

[Avanti](#)

**Nell'ultimo passaggio verrà mostrato un riepilogo dei dati inseriti, insieme alle opzioni selezionate nelle sezioni precedenti.**

Sarà inoltre disponibile la bozza del contratto da firmare.

## Accettazione modalità firma

Per firmare il contratto, con Firma Elettronica Avanzata, è necessario prendere visione ed accettare le Condizioni Generali che disciplinano questa soluzione di firma.

- ☒ Leggi e sottoscrivi le Condizioni Generali riportate di seguito.
- ☒ Per procedere alla sottoscrizione del Contratto riceverai, sul tuo cellulare, un SMS con il codice OTP (One Time Password).
- ☒ Inserendo il codice ricevuto, e confermando l'inserimento, potrai firmare il contratto.

 Modulo Adesione Piano Base Inarcassa.pdf

 Inarcassa Contratto Piano Base.pdf

 DIP INARCASSA BASE.pdf

 DIP INARCASSA AGGIUNTIVO BASE.pdf

*Dichiaro di aver preso visione delle Condizioni Generali.*

Firma ora

## Dati bonifico bancario

Corrispondente alla richiesta di cui sopra, potrà essere pagato a mezzo bonifico bancario intestato a:

Conto Premi polizza sanitaria a favore di Inarcassa IBAN: IT55N0101517200000070762687



Prima di procedere con il processo di Firma Elettronica è possibile visionare i documenti compilati in base agli inserimenti effettuati negli step precedenti.

Selezionando il flag e cliccando su **Firma ora** si procederà al passo successivo.

## Accettazione modalità firma

Per firmare il contratto, con Firma Elettronica Avanzata, è necessario prendere visione ed accettare le Condizioni Generali che disciplinano questa soluzione di firma.

Leggi e sottoscrivere le Condizioni Generali riportate di seguito  
 Per più di un dispositivo  
 Inserire il codice OTP



**Inserisci il codice OTP che ti abbiamo spedito al numero +39 \*\*\*\*\*548**

Il codice OTP ha una validità di 5 minuti dalla data della richiesta. Entro tale termine verrà recapitato attraverso il vostro numero di cellulare e dovrà essere utilizzato per effettuare la firma del contratto. Durante il periodo di validità non sarà possibile richiedere un nuovo codice OTP. Scaduto il periodo di validità, si potrà richiedere un nuovo codice per un massimo di 3 richieste.

Corrispondente alla richiesta di cui sopra, potrà essere pagato a mezzo bonifico bancario intestato a:

Conto Premi polizza sanitaria a favore di Inarcassa IBAN: IT55N0101517200000070762687

La causale dovrà riportare: Cognome e nome dell'iscritto, Codice cassa, e la dicitura, "Piano INARCASSA. Copia del bonifico e del modulo di adesione andranno inviati congiuntamente all'indirizzo email: [inarcassa@genuass.com](mailto:inarcassa@genuass.com)

**Nell'ultimo step, dopo aver visualizzato e accettato le condizioni, sarà possibile procedere con la firma digitale.**

Dopo aver cliccato sul bottone Firma ora, verrà inviato un **SMS** al numero di cellulare fornito, contenente un **codice OTP** da inserire nell'apposito box.

**Confermando** questa operazione, si riceverà una mail, all'indirizzo e-mail fornito, con tutta la documentazione firmata digitalmente, insieme ai materiali informativi e alle istruzioni dettagliate sulle modalità del bonifico necessario per attivare la **polizza**.



## GRAZIE PER LA TUA ADESIONE

La tua richiesta è stata ricevuta con successo, a breve riceverai un'email contenente la documentazione e i moduli di adesione firmati digitalmente, insieme alle istruzioni per effettuare il bonifico.

Per tua comodità, riportiamo qui di seguito le informazioni necessarie:

**Beneficiario :**

Conto Premi polizza sanitaria a favore di Inarcassa

IBAN: IT55N0101517200000070762687

Importo: 497,50 €

Causale: Mario Rossi INAR20250000001

*\*I dati riportati hanno valore esclusivamente indicativo*

**Al termine del processo, verrà visualizzata una Thank You Page con le ultime istruzioni ed i successivi passi.**

Per effettuare il bonifico, seguire le istruzioni ricevute tramite e-mail.

*\*I dati riportati hanno valore esclusivamente indicativo.*

Dopo aver effettuato il bonifico, si riceverà la mail di conferma definitiva, che attesta l'attivazione della copertura assicurativa.  
Di norma, questa comunicazione viene inviata entro sette giorni lavorativi dall'esame della richiesta

# GRAZIE!

