



Gentile signor xx,
benvenuto nella sua area cliente.

Ultima precedente visita effettuata in data xx/xx/xxxx , ora xx:xx

Profilo e Documenti



Le Tue Polizze



Denunce Sinistro



Modalità di Pagamento



Scelte Privacy



Wellness



Avvisi:

Profilo e Documenti



Immagine del profilo

Emidio Englaro
emidio.englaro@gmail.com

[Modifica foto profilo](#)

N.B.: Le modifiche effettuate sull'anagrafica verranno apportate a tutte le polizze.

I miei dati

Nome: Cognome:

Luogo di nascita: Data di nascita:

Codice fiscale:

Carta Identità: Validità: 31.12.2020

Patente:

[Richiedi modifica](#)

Residenza:

[Richiedi modifica](#)

Dati account

Nome utente
Quale contatto vuoi utilizzare come nome utente?

Email Nome utente

Numero di cellulare

[Modifica nome utente](#)

Password:

[Modifica password](#)

Indirizzi e contatti

Domicilio:

Puoi modificare o aggiungere un recapito e sceglierlo come preferito.

Email:

Questo è il tuo indirizzo email preferito.

Email precedente:

Prefisso: Tel. fisso:

Questo è il tuo numero di cellulare preferito.

Prefisso: Tel. fisso:

[Modifica indirizzi e contatti](#)

Dematerializzazione

Consenso alla dematerializzazione ⓘ

Sì No

Canale di comunicazione: Recapito dematerializzazione:

Documento

N.B.: La modifica del documento verrà apportata a tutte le polizze

tipo di documento *

numero di documento *

ente rilascio *

provincia di rilascio *

comune di rilascio *

nazione di rilascio *

undefined

carica il tuo documento di riconoscimento (formato digitale accettato: jpg, jpeg, png, tiff, pdf), max 2Mb

SCEGLI FILE FRONT ↕

SCEGLI FILE RETRO ↕

Avanti ▾

Avanti ▾

Profilo e Documenti

Le Tue Polizze

Denunce Sinistro

Modalità di Pagamento

Scelte Privacy

Wellness

Area Contratti Assicurativi

ESCI ↗



Le Tue Polizze



Selezionare la polizza desiderata

Polizza 1

Menu a tendina

Polizza 1: Nome polizza – numero polizza - decorrenza

Polizza 2: Nome polizza – numero polizza - decorrenza

Polizza n: Nome polizza – numero polizza - decorrenza

Dati polizza



Documenti di Polizza



Stato Pagamenti



Sinistri Denunciati



Richiesta disdetta – Recesso Contratto



Polizza



numero polizza

Nome Polizza

Tipo Polizza

Aderente in qualità di:

Nome Compagnia:

data emissione

data scadenza

durata

stato

ultimo pagamento

prossimo pagamento



Selezionare la polizza desiderata

Polizza 1: Nome polizza – numero polizza - decorrenza

Documenti

Documentazione informativa **Precontrattuale**

- Informativa privacy 4Care
- Set Informativo
- Documentazione informativa precontrattuale Vita
- Documentazione informativa precontrattuale aggiuntivo Vita
- Comunicazione Informativa sugli obblighi di Comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Regolamento IVASS N. 40_2018)
- Informazioni da rendere al contraente prima della conclusione del contatto (all 4 reg IVASS 40-18)

Documentazione di polizza

- Proposta adesione alla polizza
- Certificato di polizza

Documentazione in corso di contratto
 comunicazioni inviate via email
 certificati fiscali (verificare allineamento con sistemi Zurich)
 certificati di rinnovo polizza
 Eventuali conferme di recesso – disdette, ecc

Sinistro Denunciati

Modulo sinistro

descrizione data scadenza **Denuncia**

Stato della pratica

Pagamenti Stato Pagamenti

Data	Periodo	Esito Pagamento	Metodo di pagamento	Totale
09/12/2019	09/12/2019-09/12/2020	Ok	Carta di credito	97,8€
09/12/2019	09/12/2019-09/12/2020	No	Carta di credito	97,8€

[Profilo e Documenti](#)
[Le Tue Polizze](#)
[Denunce Sinistro](#)
[Modalità di Pagamento](#)
[Scelte Privacy](#)
[Wellness](#)

Agenzia



Area Contratti Assicurativi
ESCI ↗



Le Tue Polizze



Selezionare la polizza desiderata

Polizza11: Nome polizza – numero polizza - decorrenza

Recesso ⬆

Recedere dal contratto

Dichiaro di voler rescindere la polizza prodotto -

Recedi

Rescindi

Invio email che deve confermare e verifica con Token

Alert: Evidenziare che il recesso è possibile chiederlo solo entro 30 gg dalla sottoscrizione del contratto. Implementare anche un controllo che la funzione sia attiva solo in tale periodo. Dopo si deve spiegare che sono passati trenta giorni.

La restituzione del premio, al netto dei costi di polizza verrà effettuato dalla Compagnia. Con la richiesta di recesso nessuna garanzia risulta più dovuta.

Disdetta ⬆

Dichiaro di non voler rinnovare al termine della corrente annualità la polizza prodotto

Disdici

Specificare che al termine della annualità non sarà pertanto rinnovata la copertura assicurativa.

Invio email che deve confermare e verifica con Token



Per verificare lo stato del tuo sinistro o della tua richiesta di rimborso scegli la polizza corrispondente.

Apri un sinistro o chiedi un rimborso

Denuncia Sinistro

Sinistro polizza LTC contro il rischio di non autosufficienza. 
Compagnia Assicurativa: ZURICH

In caso sopravvenga uno stato di non autosufficienza, si invita l'assicurato, i familiari o gli esecutori comunque delegati, a denunciare il sinistro il prima possibile utilizzando il seguente modulo: [\(Modulo di denuncia\)](#).

Il modulo va compilato in tutte le sue parti e spedito:

- a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Zurich Investments Life S.p.A. – Life Underwriting & Claims – Life After Sales – Via Benigno Crespi n. 23 - 20159 Milano
- tramite PEC (posta elettronica certificata), per i mittenti possessori, specificando in oggetto "liquidazione delle prestazioni", a: Zurich.Investments.Life@pec.zurich.it.

Oltre al modulo di denuncia sinistro, dovranno essere inviati i documenti nello stesso richiesti, in particolare i documenti comprovanti lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

Ricevuta la tua denuncia e raccolta la documentazione necessaria, la Compagnia e ti contatterà per i successivi accertamenti o controlli necessari.

Per accelerare la presa in carico del sinistro si invita a compilare anche il seguente [form](#) che non sostituisce il modulo da inviare ma ne accelera la gestione da parte della compagnia.

Il pdf Zurich

Il form condiviso con Zurich. Francesco sapeva quali campi, ... spero abbia passato l'info.



Modalità di Pagamento



In questa sezione puoi aggiornare i dati della carta di pagamento. La nuova carta inserita deve avere una data di scadenza successiva alla data di pagamento del premio. Ti ricordiamo che i dati della carta di pagamento non verranno salvati sui sistemi di 4Care ma inviati direttamente al provider di pagamento Banca Sella.

L'addebito sarà effettuato solo al raggiungimento del minimo di sottoscrizioni definito.

Eventuali messaggi di richiesta autorizzazione al pagamento devono intendersi solo come autorizzazioni e non addebiti



numero carta

intestatario carta

DATA SCADENZA

mese anno

cvv

[Dove trovo il codice di sicurezza?](#)

Modifica i tuoi dati

Inserire l'avviso che devono attendere che la pagina del provider di pagamento si chiuda da sola Per non perdere noi il feedback

Scelte Privacy



Qui puoi esprimere o modificare le tue dichiarazioni privacy.
Per poter effettuare qualsiasi modifica devi prima dichiarare di aver preso visione dell'informativa privacy.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: xx/xx/xxxx

Testo scorrevole ultima Privacy

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy

I miei consensi privacy

Preso visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati per fini commerciali e di profilazione, autorizzo **4Care** a trattare i miei dati per presentare prodotti e servizi dell' **4Care**, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (posta cartacea ed elettronica, chiamate con o senza operatore, fax, sms, mms, e altre tecniche di comunicazione a distanza, messaggi tramite social media od applicazioni web):

Sì No

Desidero tuttavia escludere:

Chiamate con operatore e l'invio di posta cartacea oppure

L'invio di posta elettronica, sms, mms e altre tecniche di comunicazione a distanza

Desidero inoltre ricevere da **4Care** offerte su prodotti e servizi non assicurativi di altre società

Chiamate con operatore e l'invio di posta cartacea oppure

L'invio di posta elettronica, sms, mms e altre tecniche di comunicazione a distanza

Desidero inoltre ricevere da **4Care** offerte su prodotti e servizi non assicurativi di altre società

Sì No

Autorizzo **4Care** SPA a trattare i dati personali per l'analisi dei comportamenti, scelte e modalità d'uso dei servizi e l'individuazione, anche attraverso elaborazioni elettroniche, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta.

Sì No

Salva

Profilo e Documenti

Le Tue Polizze

Denunce Sinistro

Modalità di Pagamento

Scelte Privacy

Wellness



Area Contratti Assicurativi

ESCI →



Wellness

MY
TO

Punta alla pagina dedicata di Myto senza dover rimettere le password...