

SANI.IN.VENETO

Manuale e-commerce per l'acquisto
delle tutele facoltative



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Clicca sul pulsante ACQUISTA, dalla tua area riservata



Oppure dal sito www.saninveneto.it, su ISCRIVITI

ISCRIVITI A
SANI IN AZIENDA

ISCRIVITI A
SANI IN FAMIGLIA

ISCRIVITI A
OVER

Seleziona il prodotto desiderato



Sei già iscritto?

conosciamo già i tuoi dati e le tue eventuali coperture, è possibile quindi procedere ad acquistare direttamente una copertura facoltativa, recuperando i dati già in nostro possesso, per una procedura e compilazione più rapida;

The screenshot shows the SANI.IN.VENETO login interface. At the top, the logo and name 'SANI.IN.VENETO' are displayed. Below this, a 'Benvenuto!' (Welcome!) message is shown. The text explains that to purchase the 'SIF - Sani in Famiglia' product, users must authenticate on the 'portale SIV'. It asks if the user has access credentials and provides a link 'Accedi al portale ->'. If not, it prompts the user to enter their tax code ('Digita qui il tuo codice fiscale...') and provides a 'VERIFICA' button.

Sei un nuovo iscritto?

Ti sarà richiesto il codice fiscale con il quale potremo verificare se esista o meno una posizione in anagrafica

Codice fiscale (Iscritto Principale)

Email

 Cerca utente

A questo punto, rispondi ad una breve serie di domande, che ci aiuteranno a capire se hai i requisiti per poter acquistare una copertura

1. Hai meno di 67 anni? *

Sì No

2. Sei Titolare, socio, collaboratore familiare di Azienda ARTIGIANA? *

Sì No

3. Hai dipendenti, soci o collaboratori (anche a progetto)? *

Sì No

Verrà concessa la possibilità di inserire e/o aggiornare i dati anagrafici del capo nucleo

Titolare

| | | |
|---|---|------------------------|
| Codice Fiscale * BLAGPB65C11G5870 | Email * adbhasb@gmail.com | |
| Nome * | Cognome * | |
| Data di nascita * gg / mm / aaaa | Sesso * <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Altro | |
| Indirizzo di residenza * | Comune * | |
| CAP * | Telefono * | Cellulare * |

Ed aggiungere eventualmente anche i familiari alla copertura facoltativa (se previsto)

+ Aggiungi Coniuge/Convivente

+ Aggiungi Figlio/Figlia

Compilati i dati anagrafici principali, verrà concessa la possibilità di integrare il pacchetto base denominato «BASIC», con delle coperture aggiuntive e facoltative che integrano le prestazioni ODONTOIATRICHE ➡

Seleziona un pacchetto aggiuntivo:

| | |
|---|---|
| DENTAL Cosa include? <input checked="" type="checkbox"/> Seleziona | DENTALPLUS Cosa include? <input checked="" type="checkbox"/> Seleziona |
|---|---|

Cliccando sulla " i ", verrà rappresentata la lista delle prestazioni specifiche che si stanno aggiungendo al pacchetto *Basic* ed il link al sito per maggiori dettagli:



DENTAL ×

La tutela Dental aggiunge alla Basic, le seguenti prestazioni:

- CURE ODONTOIATRICHE - Massimale annuo 500,00
- Chirurgia orale
- Conservativa
- Endodonzia
- Gnatologia
- Paradontologia

Per il dettaglio delle prestazioni rimborsabili, consultare il nostro sito www.saninveneto.it

Ho capito

DENTALPLUS ×

La tutela DentalPlus aggiunge alla Basic, le seguenti prestazioni:

- CURE ODONTOIATRICHE - Massimale annuo 500,00
- Chirurgia orale
- Conservativa
- Endodonzia
- Gnatologia
- Paradontologia

- ORTODONZIA - Massimale triennale 600,00
- Apparecchio ortodontico

- IMPLANTOLOGIA E PROTESI DENTARIE - Massimale annuo 1000,00
- Impianti
- ponti dentali
- chirurgia pre-protetica
- Corone

Per il dettaglio delle prestazioni rimborsabili, consultare il nostro sito www.saninveneto.it

Ho capito

Nel cursore di destra, sarà evidenziato e sempre disponibile, il riepilogo dei costi previsti sulla base dei pacchetti e dei familiari iscritti in copertura.

Nel caso i dati inseriti non risultino corretti, sarà evidenziato in arancione e con un punto esclamativo (nome/cognome invertiti, ad esempio)

Non appena sarà tutto corretto, sarà possibile salvare l'ordine per consentire il pagamento all'iscritto. Ricorda di salvare sempre l'ordine, dopo qualsiasi modifica o correzione, per non perdere i dati inseriti.

Salva

RIEPILOGO COSTI

| | | |
|------------------------|-------|---|
| Titolare | 125 € | ! |
| Azienda | | ✓ |
| Coniuge / Convivente | 90 € | ✓ |
| Figlio / Figlia | 90 € | ! |
| Figlio / Figlia | 90 € | ! |
| Ulteriori informazioni | | ✓ |

Dati incompleti o errati. Verificare i campi evidenziati in arancione.

Totale: 395€

Salva Vai al riepilogo

Indica infine, se hai ricevuto supporto e/o informazioni da parte di uno sportello, in modo tale che possa assisterti **gratuitamente**, sia nell'acquisto dell'ordine, che nelle eventuali sottoscrizioni o disdette future

Ulteriori informazioni

Hai ricevuto assistenza o informazioni da uno sportello?*

Durante la compilazione del modulo di iscrizione, hai ricevuto assistenza o informazioni da uno degli sportelli accreditati?*

Sì No

! Campo obbligatorio.

Seleziona l'associazione * Indica la località *

Una volta completato l'inserimento dei dati e dei pacchetti scelti, si passa al riepilogo dell'ordine dove si potranno rileggere tutti i dati inseriti ed i pacchetti scelti

RIEPILOGO ORDINE

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Titolare | |
| Codice Fiscale | Email |
| Nome | Cognome |
| Data di nascita | Sesso |
| Indirizzo di residenza | Comune |
| CAP | Telefono |
| Cellulare | Data di inizio copertura |

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ho letto.

Si

Do il consenso per finalità punto 3.A

Si

Do il consenso per finalità punto 3.B

No

Prezzo: _____

RIEPILOGO COSTI

| | |
|------------------------|-------|
| Titolare | 125 € |
| + Pacchetto Dental | 40 € |
| Azienda | |
| Ulteriori informazioni | |

Completa i campi richiesti per proseguire con l'ordine

Totale: 165€

Salva

E' possibile inviarsi il link via mail, per procedere al pagamento in un secondo momento (entro una settimana), oppure cliccare e versare subito la quota attraverso il pulsante funzionale:

« **PROCEDI AL PAGAMENTO** »

Totale: _____ € iva incl.

Link per il pagamento inviato correttamente all'indirizzo

Modifica Invia link pagamento Procedi al pagamento

Gestione metodi di pagamento e pagamenti on-line

L' E- Commerce Web di SANI IN VENETO, salverà il metodo di pagamento scelto, per consentire un eventuale rinnovo agile della tutela in futuro.

Accedendo da home page iscritto alla sezione «Metodi di pagamento», sarà possibile sostituire/aggiornare/modificare il metodo di pagamento scelto in qualsiasi momento.

L' E- Commerce Web si appoggia al POS Virtuale di Intesa Sanpaolo, in collaborazione con Nexi, per gestire i metodi di pagamento e gli incassi delle vendite online tramite carte di credito, debito e prepagate.

Ecco le principali caratteristiche della piattaforma di pagamento elettronico:

-Accetta le principali con carte abilitate all'operatività su internet (Visa, Mastercard, Maestro, JCB, Diners) nel rispetto delle norme stabilite dai circuiti internazionali.

-Applica i protocolli di sicurezza 3D Secure e del sistema di monitoraggio h24 da parte di Mercury Payment Services per limitare i rischi di disconoscimento e frode.

-La pagina di pagamento CommerceWeb è disponibile in versione web o mobile (Android, iOS, Microsoft) con riconoscimento automatico del dispositivo chiamante.

-La rendicontazione è sia cartacea, sia online.

Procedi al pagamento

Ti ricordiamo che hai impostato il seguente metodo di pagamento come predefinito:

Carta di credito
Carta che termina con **** * 2545
Scadenza 10/24

Cliccando "Procedi al pagamento" l'ordine verrà evaso in automatico utilizzando il metodo di pagamento predefinito.
N.B. Per sostituire il metodo di pagamento predefinito [clicca qui](#).

⏪ Annulla ✔ Procedi al pagamento

INTESA SANPAOLO nexi

SANI.IN.VENETO

,00 €
Ordine OSIV
Descrizione

Inserisci i dati e procedi al pagamento

Numero carta

MM/AA CVV ⓘ

Nome ENZO Cognome DANIELETTO

Email @gmail.com

Proseguendo dichiaro di aver preso visione dell'
[Informativa privacy](#)

INDIETRO PROSSIMI

ANNULLA OPERAZIONE

VISA ID Check



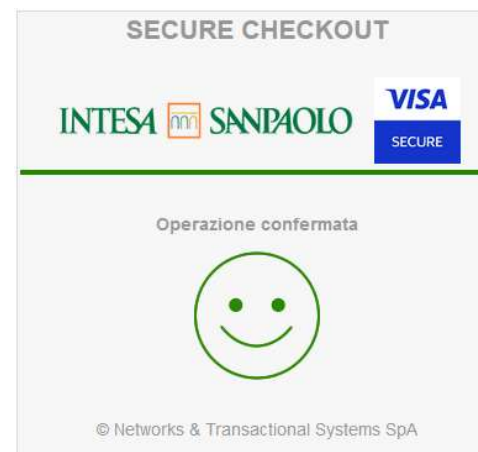
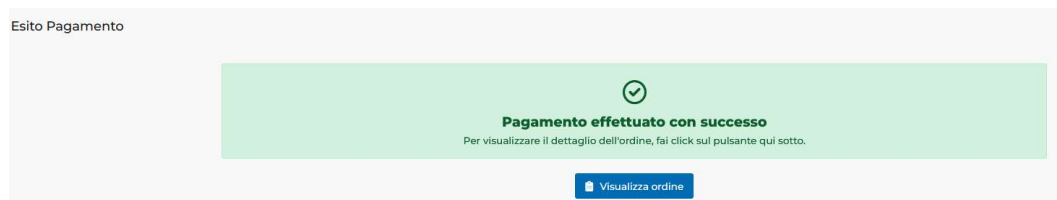
Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Pagina di ritorno esito transazione

- Positivo: viene inviata una email di conferma della sottoscrizione, al contatto EMAIL indicato dall'utente, con il riepilogo delle coperture sanitarie sottoscritte

Esito Pagamento



- Negativo/annullato: vi è la possibilità di riprovare, modificando i dati oppure il metodo di pagamento, se non va a buon fine al primo tentativo. Verificare di aver inserito i dati di una carta di debito, credito o prepagata corretti, che sia stato compilato correttamente il 3DSecure, e che vi sia capienza nella carta. Eventuali transazioni, di pagamento.



NB.

Qualsiasi ordine potrà essere salvato e ripreso in un secondo momento, dalla sezione «ordini», presente nell'area riservata iscritto.

Gli ordini, hanno validità per tutto il mese corrente, dopo di che saranno annullati d'ufficio ed andranno eventualmente re-inseriti per un corretto calcolo della data decorrenza.

Il link per effettuare i pagamenti in un secondo momento, sono gestiti da NEXI ed a differenza dell'ordine, hanno validità per 5 gg.

Potrà comunque essere re-inviato, in qualsiasi momento.

MODALITÀ DI RINNOVO AUTOMATICO, DI DISDETTA E DI
DICHIARAZIONE DI PERDITA DEI REQUISITI
TRAMITE PORTALE WEB



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:

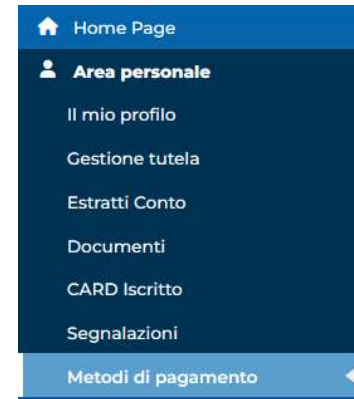


Accedendo a portale, verrà concessa la possibilità di aggiornare o modificare i propri metodi di pagamento, cliccando nella sezione dedicata: «METODI DI PAGAMENTO»

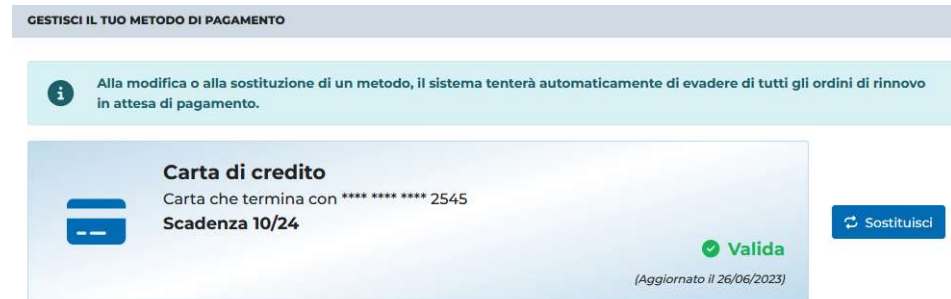
Cliccare quindi su «Aggiungi...» per censirlo, oppure è data la possibilità di inviare/inviarsi una EMAIL, per farlo comodamente in un secondo momento

+  **Aggiungi metodo di pagamento**

 **Invia link per aggiungere metodo di pagamento**



Sarà possibile, in fine, sostituirlo cliccando sul pulsante funzionale dedicato: «SOSTITUISCI»



NB.

Qualsiasi ordine potrà essere salvato e ripreso in un secondo momento, dalla sezione «ordini», presente nell'area riservata iscritto. Gli ordini, hanno validità per tutto il mese corrente, dopo di che saranno annullati d'ufficio ed andranno eventualmente re-inseriti per un corretto calcolo della data decorrenza.

Il link per effettuare i pagamenti in un secondo momento, sono gestiti da NEXI ed a differenza dell'ordine, hanno validità per 5 gg.

Potrà comunque essere re-inviato, in qualsiasi momento.



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



L' E- Commerce Web di SANI IN VENETO, salverà il metodo di pagamento scelto, per consentire un eventuale rinnovo agile della tutela in futuro.

Accedendo da home page iscritto alla sezione «Metodi di pagamento», sarà possibile sostituire/aggiornare/modificare il metodo di pagamento scelto in qualsiasi momento.

L' E- Commerce Web si appoggia al POS Virtuale di Intesa Sanpaolo, in collaborazione con Nexi, per gestire i metodi di pagamento e gli incassi delle vendite online tramite carte di credito, debito e prepagate.

Ecco le principali caratteristiche della piattaforma di pagamento elettronico:

-Accetta le principali con carte abilitate all'operatività su internet (Visa, Mastercard, Maestro, JCB, Diners) nel rispetto delle norme stabilite dai circuiti internazionali.

Procedi al pagamento

Ti ricordiamo che hai impostato il seguente metodo di pagamento come predefinito:



Carta di credito

Carta che termina con **** * 2545

Scadenza 10/24

Cliccando "Procedi al pagamento" l'ordine verrà evaso in automatico utilizzando il metodo di pagamento predefinito.

N.B. Per sostituire il metodo di pagamento predefinito clicca qui.

Annulla

Procedi al pagamento

INTESA | SANPAOLO | nexi

IT

SANI.IN.VENETO

,00 €

Ordine OSIV-
Descrizione SIA - Sani in Azienda

Inserisci i dati e procedi al pagamento

Numero carte

MM/AA CVV ⓘ

Nome ENZO Cognome DANIELETTO

Email @gmail.com

Proseguendo dichiari di aver preso visione dell'
[informativa privacy](#)

INDIETRO PROSEGUI

ANNULLA OPERAZIONE



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Cliccando invece, sempre da HOME PAGE
iscritto, su «Gestione tutela»



sarà possibile dare la DISDETTA (se possibile),
dichiarare la PERDITA DEI REQUISITI di iscrizione
oppure aumentare il pacchetto di tutele
cliccando sul PROSPETTO DI RINNOVO.

*NB: il PROSPETTO DI RINNOVO sarà modificabile
fino al giorno prima della data di rinnovo.*

PROSPETTI DI RINNOVO

Qui di seguito sono elencati i prospetti di rinnovo per le tutele in rinnovo automatico.
Ogni prospetto sarà modificabile fino al giorno prima della data di rinnovo.

PROSPETTO DI RINNOVO SIF

Modificabile fino al **31/12/2023**
In rinnovo automatico il **01/01/2024**

Visualizza prospetto →

Il portale rende disponibili le disdette, solamente dopo
almeno 3 anni di iscrizione continuativa mentre dichiarare
la **perdita di condizioni** invece, è sempre possibile.

Si elencano di seguito le possibili casistiche:

DECESSO: Documentazione richiesta: Certificato di morte

DIVORZIO: Documentazione richiesta: Certificato di divorzio

CHIUSURA DITTA: Documentazione richiesta: Visura di chiusura società / autocertificazione
chiusura società

LICENZIAMENTO/DIMISSIONI CAPONUCLEO: Documentazione richiesta: Lettera di dimissioni /
ultima busta paga con data licenziamento

CAMBIO DI RESIDENZA FAMILIARI: Documentazione richiesta: Certificato di residenza

INTERRUZIONE CONTRATTO COLLABORAZIONE: Documentazione richiesta: lettera di dimissioni/
licenziamento

ASSUNZIONE PRESSO DITTA ARTIGIANA, FAMILIARE ISCRITTO/A: Documentazione richiesta:
Prima busta paga, con voce attestante il versamento a SANI.IN.VENETO

LISTA DELLE TUTELE ATTIVE SIF SIA

| Codice Fiscale | Data Scadenza | Rinnovo Automatico | Disdetta disponibile dal | Disdici | Perdita condizioni |
|----------------|---------------|--------------------|--------------------------|---------|--------------------|
| | 31/12/2023 | ✓ Sì | 01/01/2025 | | |



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Selezionando perdita condizioni,
verrà richiesto di indicare la motivazione esatta

e quindi di allegare di conseguenza della
documentazione a testimonianza di
quanto dichiarato.

Cliccando in fine su **Comunica perdita di condizioni**, verrà inviata
la richiesta che sarà presa in carico da un nostro operatore, che
confermerà o eventualmente annullerà la richiesta, sulla base della
documentazione allegata.



**La richiesta di perdita di condizioni è
stata inviata con successo**

Il Fondo la prenderà in carico e valuterà nei tempi previsti.
L'esito verrà comunicato tramite email.

È possibile controllare lo stato di avanzamento della richiesta
nel riquadro "PERDITA DI CONDIZIONI".

Seleziona...

- Decesso
- Divorzio
- Chiusura della ditta
- Cambio di residenza familiari

Perdita delle condizioni

Per comunicarci la perdita di condizioni dell'iscritto
NOME COGNOME - COD. FISCALE per la tutela **SANI IN AZIENDA - Basic**, completa i seguenti campi:

Seleziona una motivazione *

Decesso ▼

 **Documentazione richiesta:**
Certificato di morte

Allega documentazione *

Scegli file Nessun file selezionato

 Annulla

 **Comunica perdita condizioni**

| Id | Tutela | Nome Beneficiario | Codice Fiscale | Data Scadenza | Rinnovo Automatico | |
|------|--------------------------------|-------------------|----------------|---------------|--------------------|--|
| 6610 | SAZI IN AZIENDA - Basic | | | 31/08/2024 | No | Perdita delle condizioni approvata in data 04/09/2023 |
| 6622 | SAZI IN AZIENDA - Dental | | | 30/09/2023 | No | Perdita delle condizioni automatica in data 01/09/2023 |

Nel momento stesso in cui verrà approvata, da parte del Fondo, una richiesta di perdita delle condizioni sarà indicata a portale la data esatta di chiusura della tutela e la fine della dinamica di rinnovo in automatico.
(rinnovo automatico = no)

Anche le perdite delle condizioni di iscrivibilità automatiche, per il superamento dell'età massima prevista, pari a:
- 30 anni per i figli;
- 67 anni per titolari e coniugi non a carico
Saranno subito rendicontate a portale e via MAIL.



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Esempio di EMAIL di memo scadenza, con link per gestire le tutele (aggiungere pacchetti, familiari, disdire, dichiarare la perdita delle condizioni) e per aggiornare il metodo di pagamento



{{params.Link}}Gentile {{params.nome}},

desideriamo informarla che, in relazione alla scadenza della copertura {{params.nomeCopertura}} in data {{params.dataScadenza}}, secondo le condizioni generali del contratto, è prevista la possibilità di gestire le Disdette o la Perdita delle Condizioni entro e non oltre 60 giorni prima del successivo rinnovo.

Per gestire le proprie tutele [cliccare qui](#)

Per verificare e gestire il proprio metodo di pagamento [cliccare qui](#)

Per le Condizioni Generali di Contratto, i dettagli sulle prestazioni, le modalità di richiesta dei rimborsi e le informazioni sul trattamento dei dati, può visitare il nostro sito www.saninveneto.it

Per qualsiasi informazione in merito può inoltre contattarci al numero 041 2584960 oppure scrivendo a segreteria@saninveneto.it

Ringraziandola per la fiducia che ci ha accordato, le porgiamo i nostri migliori saluti.

Il Fondo
Sani.In.Veneto



Sani.In.Veneto, Via Fratelli Bandiera 35, Località Marghera, Venezia, Italia

Esempio di EMAIL di disdetta

Sia non legga correttamente questa mail clicca qui.



Gentile {{params.titlome}} {{params.titCognome}},

la richiesta di disdetta inoltrata il {{params.dataDisdetta}}, per la tutela {{params.nomeCopertura}}, con beneficiario {{params.benlome}} {{params.benCognome}}, è stata inoltrata con successo.

Per visionare e gestire le proprie tutele [cliccare qui](#).

Per le Condizioni Generali di Contratto, i dettagli sulle prestazioni, le modalità di richiesta dei rimborsi e le informazioni sul trattamento dei dati, può visitare il nostro sito www.saninveneto.it

Per qualsiasi informazione in merito può inoltre contattarci al numero 041 2584960 oppure scrivendo a segreteria@saninveneto.it

Ringraziandola per la fiducia che ci ha accordato, le porgiamo i nostri migliori saluti.

Il Fondo
Sani.In.Veneto



Sani.In.Veneto, Via Fratelli Bandiera 35, Località Marghera, Venezia, Italia

Esempio di EMAIL di perdita condizioni di iscrivibilità



Nuova richiesta di Perdita delle Condizioni per la tutela {{params.nomeCopertura}}:

Inviata da: {{params.autoreRichiesta}}, il giorno {{params.dataRichiesta}}
Titolare: {{params.titlome}} {{params.titCognome}}
Beneficiario: {{params.benlome}} {{params.benCognome}}

Per visionare e gestire la richiesta [cliccare qui](#)



Sani.In.Veneto, Via Fratelli Bandiera 35, Località Marghera, Vonozia, Italia



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Esempio di EMAIL di dichiarazione della perdita delle condizioni di
iscrivibilità', con approvazione oppure rifiuto



Gentile {{params.titNome}} {{params.titCognome}},

la richiesta di Perdita delle Condizioni, inoltrata il {{params.dataRichiesta}}, per la tutela {{params.nomeCopertura}} con beneficiario {{params.benNome}} {{params.benCognome}}, è stata {% if params.approvata %} **APPROVATA** {% else %} **RIFUTATA** {% endif %}.

Per visionare le motivazioni e gestire le proprie tutele [cliccare qui](#).

Per le Condizioni Generali di Contratto, i dettagli sulle prestazioni, le modalità di richiesta dei rimborsi e le informazioni sul trattamento dei dati, può visitare il nostro sito www.saninveneto.it

Per qualsiasi informazione in merito può inoltre contattarci al numero **041 2584960** oppure scrivendo a segreteria@saninveneto.it

Ringraziandola per la fiducia che ci ha accordato, le porgiamo i nostri migliori saluti.

Il Fondo
Sani.In.Veneto



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Veneto



FINE



Fondo di assistenza sanitaria costituito da:

