

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO APPLICABILI ALLA TUTELA OVER

DEFINIZIONI

Utente: qualunque soggetto che si interfaccia con il Fondo tramite i canali comunicativi dello stesso.

Iscritto: soggetto che ha perfezionato il contratto di acquisto, mediante accettazione delle condizioni e pagamento delle quote per l'acquisto delle tutele.

Familiari: i soggetti per cui può essere richiesta l'iscrizione da parte del Capo-Nucleo sono solo quelli aventi la medesima residenza con lo stesso ed appartenenti allo stato di famiglia.

Tutela Volontaria: Garanzia prestata dal Fondo a seguito di Iscrizione attiva Sani In Famiglia o Sani In Azienda disciplinata dalle presenti condizioni generali.

Capo-Nucleo o Titolare: soggetto che ha la facoltà di beneficiare direttamente o di estendere ai propri familiari le Tutele o parte delle stesse.

SIV: acronimo di Sani In Veneto - tutela prevista per i dipendenti di ditte artigiane, dove i titolari versano, come da CCRL, un contributo mensile per l'iscrizione al Fondo.

SIF: acronimo di Sani in Famiglia – tutela volontaria che può essere estesa dai dipendenti delle aziende artigiane, denominati SIV, ai loro familiari.

SIA: acronimo di Sani In Azienda – tutela volontaria destinata a imprenditori, soci e collaboratori (*anche familiari*) che hanno la facoltà e la volontà di sottoscrivere la Tutela per sé stessi o congiunti.

Beneficiari: soggetti che usufruiscono delle tutele, ovvero i destinatari dei rimborsi e/o degli indennizzi.

Liquidazioni in forma rimborsuale o indennitaria: quota prevista dal Nomenclatore per quel tipo di prestazione.

Periodo di copertura: periodo temporale che decorre dal primo giorno del mese nel quale si è perfezionato il contratto fino al termine di copertura previsto dalla tutela.

Massimale: limite massimo d'importo ricevibile per singola categoria di prestazione. Può essere annuale o triennale come precisato nel Nomenclatore e per il calcolo temporale si considera l'anno solare (da gennaio a dicembre).

Stato di quiescenza: cessazione del rapporto di lavoro dipendente per pensionamento.

Tacito rinnovo: la copertura si rinnova automaticamente, salvo che non si provveda alla disdetta della stessa.

Periodo di Carenza: periodo nel quale non è attiva la copertura e, pertanto, non è possibile beneficiare delle prestazioni indicate nel Nomenclatore.

Decadenza dei termini: periodo di 24 mesi dalla data delle prestazioni erogate, ed espressamente previste dal Nomenclatore, decorsi i quali - il beneficiario - non potrà più richiedere il rimborso.

Nomenclatore: elenco delle prestazioni erogate dal Fondo, consultabile nel nostro sito.

DDR: Domanda di rimborso delle spese oggetto di copertura.

TPA: Third Party Administrator, provider di servizi esterni incaricato dal Fondo Sani.In.Veneto.

Art. 1 – Tutela Over

Il Fondo SANITA' INTEGRATIVA VENETO – 'SANI.IN.VENETO' (di seguito denominato "Fondo") ha previsto una nuova tutela volontaria OVER.

La tutela è attivabile sulla persona in compresenza di tutti i requisiti soggettivi di cui all'art. 2.

Art. 2 - Persone Garantite

Sono iscrivibili alla tutela OVER le persone che presentino i requisiti soggettivi di età, di legami parentali e di residenza specificati nel File "Requisiti Soggettivi Iscrizione Tutela Over" al seguente link:

<https://www.saninveneto.it/documenti/>

e che abbiano acquistato la tutela tramite il portale on-line del Fondo, direttamente o con il supporto di uno degli Sportelli accreditati dello stesso.

I requisiti di Iscrizione devono essere presenti al momento dell'acquisto della tutela.

Non sono previste limitazioni di iscrizione per soggetti che siano iscritti con altri fondi di assistenza sanitaria integrativa o enti aventi finalità assistenziale. In caso di tale iscrizione, l'iscritto/beneficiario è tenuto a dare comunicazione di eventuali rimborsi ottenuti sullo stesso giustificativo di spesa ai fondi/enti interessati.

I requisiti soggettivi di copertura possono essere modificati unilateralmente dal Fondo tramite comunicazione sul

sito ed avranno effetto anche nei confronti dei soggetti già iscritti e/o beneficiari quando sia migliorativa delle condizioni di accesso; in caso contrario è applicabile l'art. 9 con facoltà di recesso dell'Isritto.

Art. 3 Prestazioni previste dalle Tutele

Le prestazioni oggetto di Tutela sono quelle indicate nella "Tabella Riassuntiva Prestazioni Tutela OVER", presente sul sito internet del Fondo al seguente link:

<https://www.saninveneto.it/documenti/>

I limiti di rimborso, limiti di indennizzo e massimali, sono sempre indicati nel Nomenclatore presente nel sopramenzionato link.

Sono previsti, i seguenti pacchetti di Tutele:

- A) pacchetto "BASIC": contenente le coperture previste nei rispettivi link suindicati
- B) pacchetto "DENTAL": contenente, oltre alle coperture del pacchetto BASIC, anche la copertura delle cure odontoiatriche;
- C) pacchetto "DENTALPLUS": contenente, oltre alle coperture del pacchetto BASIC anche la copertura delle spese per cure odontoiatriche, per ortodonzia, per implantologia e protesi odontoiatriche;

L'acquisto del pacchetto DENTAL potrà avvenire con un'integrazione rispetto al costo del pacchetto BASIC; l'acquisto del pacchetto DENTALPLUS potrà avvenire con un'integrazione rispetto al costo del pacchetto BASIC. La modifica dei pacchetti può essere svolta soltanto in aumento (c.d. upgrade), non è quindi ammesso il downgrade di coperture (ossia il passaggio durante la vigenza da pacchetto DENTALPLUS a DENTAL o BASIC, o da pacchetto DENTAL a BASIC).

Le prestazioni oggetto di copertura possono essere modificate unilateralmente dal Fondo e la modifica sarà operativa dal momento stesso della pubblicazione online della stessa nel suddetto link ed avrà effetto anche nei confronti dei soggetti già iscritti e/o beneficiari quando sia migliorativa delle prestazioni garantite o ampli la categoria di prestazioni; in caso contrario è applicabile la facoltà di recesso dell'Isritto prevista dall'art. 9.

Art. 4 - Perfezionamento del Contratto – Pagamento del Premio

I premi annuali previsti per aderire al Fondo sono quelli indicate nella "Tabella Riassuntiva Prestazioni Tutela OVER", presente sul sito internet del Fondo al seguente link:

<https://www.saninveneto.it/documenti/>

Il Contratto si perfeziona al momento del pagamento della quota di Iscrizione da parte dell'Utente.

Il versamento della quota di iscrizione può avvenire esclusivamente per mezzo dei pagamenti elettronici disponibili attraverso il portale online del Fondo di sottoscrizione:

- pagamento con carte di credito, di debito e prepagate.

Il mancato funzionamento del metodo di pagamento indicato nel carrello elettronico o l'uso di metodi di pagamento diversi da quelli indicati, determina la mancata conclusione del contratto e la conseguente mancata attivazione della copertura.

Art. 5 – Durata e decorrenza copertura rinnovo

L'Iscrizione ad una delle tutele ha durata di 12 mesi dal momento dell'attivazione della copertura.

Le coperture sono attive dal 1° giorno del mese in cui il Titolare ha provveduto all'acquisto della Tutela e non sarà prevista alcuna carenza di avvio.

Il passaggio da una copertura BASIC ad una DENTAL o DENTALPLUS non comporta una modifica della durata della copertura e dei termini di rinnovo e disdetta.

Il rinnovo dell'adesione da parte di soggetto Isritto avviene secondo la regola del tacito rinnovo che determina l'obbligo per l'Isritto di regolarizzare il versamento annuale con le modalità di pagamento sopra indicate.

Nel caso in cui, durante l'effettuazione del pagamento conseguente al rinnovo, il versamento non andasse a buon fine verrà sospeso l'accesso alla presentazione delle domande di rimborso per tutto il tempo necessario a svolgere le opportune verifiche da parte del Fondo al cui termine, in caso di esito positivo, sarà riattivato dal Fondo stesso.

Art. 6 – Disdetta e perdita condizioni soggettive d'iscrivibilità

Il singolo Utente dovrà formulare apposita disdetta, quale interruzione volontaria della tutela tramite la

piattaforma, con preavviso di almeno 60 gg prima della naturale scadenza della quota annuale.

La disdetta è sempre personale e non ha effetto sull'intero ordine dei soggetti collegati al disdettante.

La disdetta non è esercitabile prima del terzo anno di copertura in considerazione dell'anzianità di iscrizione, conteggiando in essa anche quella maturata nel periodo precedente all'entrata in vigore di queste Condizioni Generali.

In caso di disdetta l'Utente che la effettua non potrà procedere ad una nuova adesione nei successivi 36 mesi dalla cessazione della Tutela disdettata.

Inoltre, il rinnovo tacito annuale non opera in caso di perdita da parte del soggetto Iscritto o Beneficiario dei requisiti soggettivi di cui all'art. 2; in tal caso l'Utente potrà acquistare altre Tutele ove rientri nelle condizioni di copertura previste.

Diversamente, la perdita delle condizioni soggettive d'iscrivibilità opera in modo involontario e può verificarsi nei seguenti casi:

- Decesso del soggetto Titolare o del Beneficiario
- Divorzio legale per il coniuge / cessazione della convivenza per convivente more uxorio
- Cambio di residenza figli / figli non più fiscalmente a carico / conviventi
- Coniuge fiscalmente non a carico, diviene a carico
- Assunzione presso ditta artigiana iscritta al fondo Sani.In.Veneto

I suddetti eventi vanno comunicati al Fondo tramite il Portale, con accesso all'homepage del caponucleo, sezione Gestione Tutele, allegando specifico documento (es. stato di famiglia aggiornato, assunzione presso ditta artigiana, certificato morte ecc.), entro il termine di 60 giorni dall'evento.

Mentre, il superamento del limite d'età sia del caponucleo che dei familiari viene calcolato in automatico, non è quindi necessario trasmettere alcuna documentazione.

In caso di perdita delle condizioni d'iscrivibilità, la tutela cesserà alla scadenza annuale prevista e non sono previste penalizzazioni ed è esercitabile liberamente senza vincolo non prevedendo il periodo di esclusione di 36 mesi; l'Utente potrà acquistare altre Tutele ove rientri nelle condizioni di copertura previste.

La perdita di condizioni del capo-nucleo (comunicata o per superamento di età) comporta in automatico la cessazione alla scadenza annuale della tutela dei familiari.

Art. 7 - Dichiarazioni relative ai requisiti di copertura - Forma delle comunicazioni

Gli utenti devono dichiarare di rientrare nelle condizioni necessarie alla copertura (diverse dal pagamento del premio) attraverso la compilazione on line di un'apposita dichiarazione avente efficacia e valore di una Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000.

Le inesattezze e le reticenze dell'Utente relative alle circostanze che influiscono sulla Iscrizione possono comportare la perdita totale o parziale della Copertura nonché la cessazione della stessa ai sensi degli artt. 1427 e ss. del Codice Civile, con facoltà del Fondo di attivarsi a propria tutela nelle opportune sedi giudiziarie civili penali e amministrative.

Tutte le comunicazioni dell'Iscritto e dei beneficiari nel corso del contratto devono essere fatte mediante il portale del Fondo nelle apposite sezioni, oppure per quanto non previsto utilizzando i seguenti contatti: segreteria@saninveneto.it - segreteria@pec.saninveneto.it.

Il Fondo utilizzerà validamente, per ogni comunicazione all'iscritto, i canali indicati dallo stesso nell'apposita sezione anagrafica del portale del Fondo.

Art. 8 – Verifica del Fondo dei requisiti di iscrizione

Il Fondo si riserva di verificare in ogni momento la presenza in capo all'Iscritto-Beneficiario dei requisiti soggettivi ed oggettivi necessari per l'operatività della Copertura.

L'Utente/Iscritto/Beneficiario sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie al personale del Fondo per permettere il suddetto controllo.

In caso di mancata presentazione della documentazione richiesta entro i termini, il Fondo provvederà alla sospensione della tutela inclusa eventuali domande di rimborso pendenti, fino alla regolarizzazione della posizione.

Art. 9 - Diritto di ripensamento e di recesso dell'Iscritto

L'iscritto ha facoltà di esercitare il diritto di recesso o ripensamento entro 14 giorni lavorativi dal perfezionamento del contratto che coincide con il primo pagamento della tutela. Tale diritto potrà essere esercitato senza alcuna penalità e comporta la restituzione della quota versata.

In caso di esercizio del suddetto diritto, qualora l'utente abbia già provveduto a caricare eventuali domande di

rimborso queste non verranno prese in considerazione ed eventuali liquidazioni già disposte dovranno essere restituite dal Beneficiario.

In caso di modifiche unilaterali da parte del Fondo delle prestazioni oggetto di tutela o delle condizioni soggettive di accesso che siano peggiorative rispetto alle coperture applicate al momento della Iscrizione, e salvo quanto stabilito per le modifiche di cui all'art. 13 ultimo comma, l'Iscritto/Beneficiario avrà il diritto di recesso esercitabile entro 15 giorni dalla comunicazione delle nuove coperture/condizioni in essere attraverso la pubblicazione nel portale del Fondo. La quota parte rimanente della somma già versata dall'iscritto per il periodo dalla data di recesso alla scadenza annuale teorica verrà restituita dal Fondo, al netto di eventuali liquidazioni già disposte dal Fondo per il suddetto periodo.

Il diritto di ripensamento si applica anche in caso di "upgrade" dei pacchetti odontoiatrici.

Infine, il diritto di recesso dovrà essere esercitato mediante invio di raccomandata a.r. o pec (con allegata copia del documento di identità) da parte dell'Iscritto/Beneficiario al Fondo ai contatti indicati all'art. 18.

Art. 10 - Riservatezza dei dati personali

L'Utente conferma di aver ricevuto dal Fondo tutte le necessarie informazioni ai fini privacy mediante le apposite Informativa presenti sul sito del Fondo stesso. L'Utente si impegna a fornire ai propri beneficiari la medesima informativa privacy ed a restituire al Fondo il consenso proprio e del beneficiario al trattamento dei dati personali particolari ove necessario.

Il Fondo, in adempimento della normativa fiscale vigente, potrà comunicare i dati di iscrizione, liquidazione e tutti i dati in possesso alle Autorità competenti per ogni fine di vigilanza e controllo o per adempiere agli oneri previsti dalla normativa fiscale e di settore (es. ai fini di inserimento nella dichiarazione fiscale dell'Iscritto-Beneficiario).

Art. 11 – Fonti e Lingua del contratto

Il presente contratto trova la sua disciplina primaria in queste condizioni generali e nei documenti ivi richiamati. In caso di contrasto tra le presenti condizioni ed i documenti richiamati (nomenclatori ecc...) saranno prevalenti i documenti richiamati per la sola parte da essi specificatamente disciplinata.

Il contratto, ogni documento ad esso allegato o richiamato e le comunicazioni in corso di contratto tra le parti sono redatti/effettuati in lingua italiana. L'accettazione del contratto comporta la piena accettazione delle condizioni in esso contenute nonché della lingua nella quale è stato redatto.

Non sono ammesse ulteriori lingue, eventuali traduzioni avranno il solo scopo di rendere conoscibile il testo in modo più ampio e, in caso di contrasto, l'unica forma vigente sarà quella redatta in lingua italiana.

Art. 12 - Decadenza dei diritti di cui al contratto

Il diritto al pagamento del rimborso delle spese da parte dell'Iscritto e/o beneficiario decade dopo i 2 anni dalla data della prestazione sanitaria oggetto di domanda di rimborso (DDR).

Art. 13 - Obblighi dell'Iscritto/beneficiario in caso di DDR

In caso di DDR l'Iscritto-Beneficiario deve ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, nei termini indicati, la Domanda Di Rimborso corredata dalla necessaria documentazione richiesta dal Portale del Fondo ed indicata nel Nomenclatore della Tutela;
- 2) acconsentire a qualsiasi indagine svolta dal Fondo e che questo ritenga necessaria per evitare comportamenti fraudolenti o dannosi per il Fondo stesso, ivi compresa la presentazione in originale dei documenti già presentati in copia;
- 3) fornire tutta la documentazione (medica e non) che il Fondo riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria della DDR.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale del rimborso.

Il Fondo si riserva di compiere verifiche, anche con il metodo c.d. "a campione", in relazione alle DDR già liquidate con possibilità, nel caso in cui la verifica dia esito negativo, di richiedere ed ottenere la restituzione di quanto liquidato all'Iscritto-Beneficiario.

La suddetta verifica potrà essere svolta entro 2 anni dalla liquidazione della DDR da parte del Fondo.

Art. 14 - Criteri di liquidazione

Il Fondo effettua il rimborso delle spese previa presentazione di copia delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate nonché della eventuale documentazione amministrativa che il Fondo richiederà attraverso il proprio portale e/o sportello territoriale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti nel paese dove ha sede legale il Fondo, nella valuta avente corso legale, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Iscritto, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

La DDR può essere inviata tramite internet con accesso nell'apposito portale del Fondo (www.saninveneto.it) e cliccare sulla voce "Area Riservata") o tramite la rete di Sportelli accreditati del Fondo presenti sul territorio Veneto.

Il Fondo ha il diritto di modificare unilateralmente il funzionamento del proprio Portale.

L'Iscritto-Beneficiario è unico custode delle proprie credenziali di accesso personali al portale del Fondo.

Il Fondo è esonerato da ogni responsabilità in ordine alla correttezza dei dati inseriti direttamente dal singolo Utente-Iscritto-Beneficiario nel Portale del Fondo stesso, sia in area "anagrafica" che nella presentazione delle DDR.

Il Fondo, nella definizione dei propri processi operativi, è libero di stabilire e/o modificare in ogni momento la documentazione necessaria per la presentazione della DDR, sia essa di tipo medico che amministrativo senza che tali modifiche – trattandosi esclusivamente di modifiche procedurali – determinino la facoltà di recesso per l'Iscritto/Beneficiario di cui all'art. 9, co. 3.

Art. 15 - Reti convenzionate

Il Fondo ha attivato due tipologie di convenzionamento, una con le strutture pubbliche (card blu); l'altra con le più importanti strutture sanitarie private del territorio regionale (card rossa), alle quali gli Iscritti-Beneficiari hanno facoltà di rivolgersi per le prestazioni previste e secondo le modalità operative precisate nel link <https://www.saninveneto.it/convenzioni/>.

Art. 16 – Controversie – mediazione civile obbligatoria

In caso di controversie in merito all'interpretazione, esecuzione e cessazione del presente contratto e/o della operatività della Copertura sulle singole DDR, le parti si obbligano sin d'ora ad attivare apposita procedura di mediazione civile obbligatoria presso la Camera Arbitrale di Venezia al cui Regolamento si richiamano e confermano di conoscere.

Art. 17 – Foro esclusivo

Per qualsiasi controversia sarà competente il Foro di Venezia, rinunciando espressamente le parti alla competenza di qualsiasi altra sede.

Art. 18 Fondo - contatti

SANITÀ INTEGRATIVA VENETO 'SANI.IN.VENETO' c.f. 90164060270 (il "Fondo")

Sede Legale: Via Fratelli Bandiera 35, 30175 Marghera, Venezia (VE)

Contatti: tel. 0412584960 – e-mail: segreteria@saninveneto.it - pec: segreteria@pec.saninveneto.it