

# 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](http://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;

 SANI.IN.VENETO

## Benvenuto!

Per proseguire con l'acquisto del prodotto "SIF - Sani in Famiglia", è necessario autenticarsi sul **portale SIV**.

Hai già le credenziali di accesso?

[Accedi al portale](#) →

Non hai le credenziali? Inserisci qui il tuo codice fiscale:

Digita qui il tuo codice fiscale...

VERIFICA

 SANI.IN.VENETO

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



Veneto



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

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

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:

<b>DENTAL</b> <a href="#">Cosa include?</a> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Seleziona</b>	<b>DENTALPLUS</b> <a href="#">Cosa include?</a> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Seleziona</b>
---	---

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](http://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](http://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.  
Sì  
Do il consenso per finalità punto 3.A  
Sì  
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 dichiari di aver preso visione dell'  
[Informativa privacy](#)

INDIETRO PROSSIMI

ANNULLA OPERAZIONE

VISA ID Check



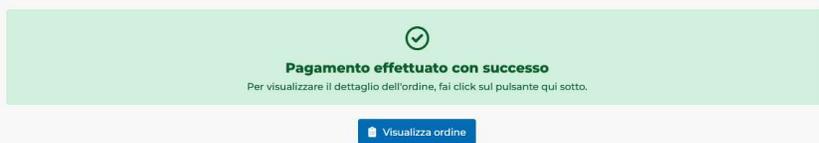
Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



## 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:

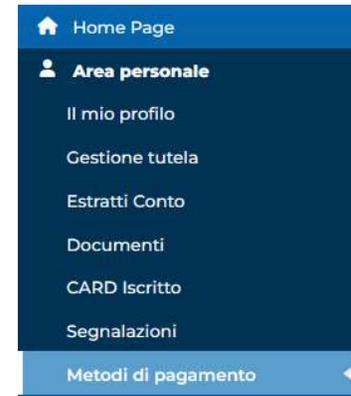


Accedendo a portale, verrà concessa la possibilità di aggiornare o modificare i propri metodi di pagamento, cliccando nella sezione dedicata: «METODI DI PAGAMENTO»

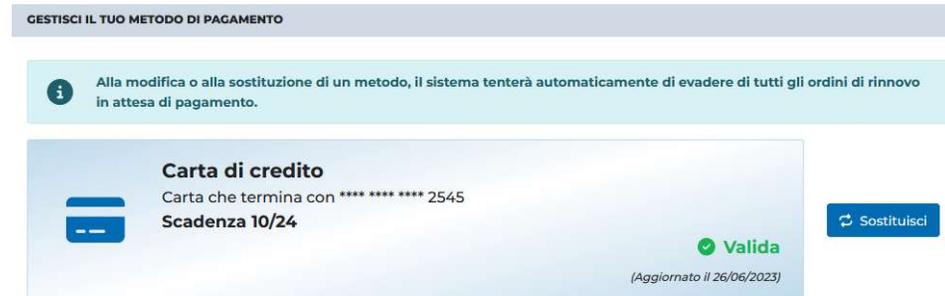
Cliccare quindi su «Aggiungi...» per censirlo, oppure è data la possibilità di inviare/inviarsi una EMAIL, per farlo comodamente in un secondo momento

+  **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 carta

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**

 **SANI.IN.VENETO**

Fondo di assistenza sanitaria costituito da:



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](http://www.saninveneto.it)

Per qualsiasi informazione in merito può inoltre contattarci al numero 041 2584960 oppure scrivendo a [segreteria@saninveneto.it](mailto: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](http://www.saninveneto.it)

Per qualsiasi informazione in merito può inoltre contattarci al numero 041 2584960 oppure scrivendo a [segreteria@saninveneto.it](mailto: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](http://www.saninveneto.it)

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

