

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

APPLICABILI ALLE TUTELE VOLONTARIE UNICA

DEFINIZIONI

Fondo SANI.IN.VENETO: il fondo di assistenza sanitaria integrativa del Servizio Sanitario Nazionale denominato SANITÀ INTEGRATIVA VENETO ‘SANI.IN.VENETO’ è un’associazione riconosciuta senza scopo di lucro per il personale dipendente e gli altri soggetti specificatamente individuati dall’art. 1 dello Statuto del Fondo.

Iscritto: soggetto che ha perfezionato il contratto di acquisto, mediante accettazione delle condizioni e pagamento delle quote per l’acquisto delle tutele. Ha altresì la facoltà di beneficiare direttamente o di estendere ai propri familiari le Tutele o parte delle stesse.

Beneficiari: soggetti terzi in favore dei quali il contratto è stipulato, al fine di consentire la fruizione delle tutele previste.

DDR: Domanda di rimborso delle spese oggetto di copertura.

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

Tutela Volontaria: garanzia prestata dal Fondo a seguito dell’Iscrizione attiva a SANI.IN.FAMIGLIA/ SANI.IN.AZIENDA, disciplinata dalle presenti condizioni generali.

SIA UNICA: 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.

SIF UNICA: acronimo di SANI.IN.FAMIGLIA– tutela volontaria che può essere estesa dai dipendenti delle aziende artigiane, denominati SIV, ai loro familiari.

OVER UNICA: tutela riservata agli ex iscritti SIV in quiescenza, agli ex iscritti SIA over 67 anni e ai loro familiari.

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.

Sportelli: uffici accreditati sul territorio che in qualità di Responsabili del trattamento si occupano di assistere gli iscritti al Fondo e parimenti i Beneficiari.

Periodo di copertura: periodo che decorre dal primo giorno del mese in cui il contratto si è perfezionato e ha una durata complessiva di 36 mesi.

Tacito rinnovo: la copertura si rinnova automaticamente salvo che non si provveda alla disdetta della stessa entro i termini previsti dal contratto.

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

Decadenza dei termini: Periodo annuale compreso tra il mese di aprile e il mese di aprile dell’anno successivo, entro il quale la prestazione deve essere effettuata e presentata la relativa richiesta di rimborso. Decorso tale termine, non sarà più possibile richiedere il rimborso.

Nomenclatore: elenco delle prestazioni erogate dal Fondo, reperibile presso il sito del Fondo.

Piano Sanitario: elenco dei principi e delle regole di liquidazione applicate dal Fondo SANI.IN.VENETO.

Art. 1 - Tutele volontarie

Il Fondo Sanità Integrativa Veneto – “SANI.IN.VENETO” (di seguito il “Fondo”) ha previsto, in affiancamento alla tutela obbligatoria SANI IN VENETO (“SIV”), l’attivazione, a partire dal 2026, di tutele volontarie denominate SANI IN FAMIGLIA (“SIF”), SANI IN AZIENDA (“SIA”) e OVER, ricomprese in un unico livello di copertura denominato UNICA.

Le tutele SIV, SIF, SIA e OVER non sono cumulabili e non possono essere attivate contemporaneamente sulla medesima persona, neppure in presenza, in capo allo stesso soggetto, di più requisiti soggettivi di cui all’art. 2. Pertanto, è riconosciuto il diritto a un unico rimborso.

Art. 2 - Persone Garantite

L’accesso alle tutele volontarie UNICA è riservato ai soggetti che possiedono i requisiti soggettivi di età e di legame parentale previsti, come dettagliato nei link di seguito riportati e nella sezione Documenti del Fondo, nello spazio della tutela

- SIF UNICA – familiari: <https://www.saninveneto.it/tutele-per-i-familiari/>
- SIA UNICA – titolari: <https://www.saninveneto.it/tutele-per-i-titolari/>
- SIA UNICA – familiari: <https://www.saninveneto.it/tutele-per-i-familiari-dei-titolari/>
- OVER UNICA - titolari: <https://www.saninveneto.it/tutele-over/>

La tutela è acquistabile sia online, tramite l’account dell’Iscritto, che presso gli Sportelli accreditati.

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

Non sono previste limitazioni di iscrizione per i Beneficiari e gli Iscritti che siano iscritti con altri fondi di assistenza sanitaria integrativa o enti aventi finalità assistenziale. In questo caso, l’Iscritto o il Beneficiario è tenuto a dare comunicazione di eventuali rimborsi ottenuti sullo stesso giustificativo di spesa ai fondi/enti interessati.

La perdita delle condizioni soggettive durante il periodo successivo all’iscrizione non inficia la validità della copertura, che rimane valida fino alla scadenza o in caso di esercizio della perdita delle condizioni, prosegue fino alla scadenza annuale prevista rispetto alla data di comunicazione delle stesse (60 gg dalla scadenza annuale).

Art. 3 Prestazioni previste dalle Tutele

Le prestazioni oggetto di Tutela sono quelle indicate nei rispettivi Nomenclatori presenti sul sito internet del Fondo e navigabili anche ai seguenti link:

- SIF UNICA - familiari: <https://www.saninveneto.it/tutele-per-i-familiari/prestazioni/>
- SIA UNICA - titolari: <https://www.saninveneto.it/tutele-per-i-titolari/prestazioni/>
- SIA UNICA - familiari: <https://www.saninveneto.it/tutele-per-i-familiari-dei-titolari/prestazioni/>
- OVER UNICA – titolari: <https://www.saninveneto.it/tutele-over/prestazioni/>

I limiti di rimborso, i limiti di indennizzo e massimali, sono sempre indicati, per le rispettive tutele, nei Nomenclatori presenti nell’area Documenti del sito.

Le prestazioni oggetto di copertura possono essere modificate unilateralmente dal Fondo e la modifica sarà operativa dal momento stesso della pubblicazione online della stessa nei suddetti link ed avrà effetto anche nei confronti dei soggetti già Iscritti e/o Beneficiari quando sia migliorativa delle prestazioni garantite o amplia la categoria di prestazioni; in caso peggiorativo, è applicabile la facoltà di recesso dell’Iscritto prevista dall’art. 9.

Art. 4 - Perfezionamento del Contratto – Pagamento del Premio

Il Contratto si perfeziona al momento del versamento della prima rata da parte dell’Iscritto ed è previsto il pagamento del corrispettivo in tre rate annuali.

Il costo della copertura è pari a:

- SIF UNICA: 200 Euro annuali;
- SIA UNICA: 335 Euro annuali;
- OVER UNICA: 500 euro annuali iscritti > 67 anni, <= 67 anni 200 se ex SIF, 335 se ex SIA annuali.

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

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.

Le quote di adesione possono essere modificate unilateralmente dal Fondo e la modifica sarà operativa dal momento stesso della pubblicazione online della stessa nei suddetti link. Se la modifica avrà effetto anche nei confronti dei soggetti già Iscritti e/o Beneficiari, è applicabile la facoltà di recesso dell’Iscritto prevista dall’art. 9.

Art. 5 – Durata e decorrenza rinnovo

L’Iscrizione ad una delle tutele ha durata di 36 mesi dal momento dell’attivazione della copertura.

Le coperture sanno attive dal 1° giorno del mese in cui l’Iscritto ha provveduto all’acquisto della Tutela. Non è prevista nessuna carenza di avvio.

Nel caso in cui, durante l’effettuazione del pagamento delle rate successive alla prima, il versamento non andasse a buon fine il caricamento delle domande di rimborso verrà sospeso fino al saldo della quota. Il blocco di sospensione coinvolgerà sia l’Iscritto che il Beneficiario e non permetterà altre adesioni di familiari o la presentazione di ulteriori Domande di Rimborso prima della regolarizzazione delle quote in sospeso.

Alla scadenza naturale di 36 mesi, la tutela cessa automaticamente di avere efficacia. L’Iscritto che desideri mantenere una copertura dovrà procedere ad una nuova sottoscrizione di uno dei pacchetti vigenti, alle condizioni generali e tariffarie in essere in quel momento.

In caso di mancata sottoscrizione di un nuovo pacchetto, la tutela cesserà definitivamente e non sarà più possibile usufruire della copertura.

Art. 6 – Perdita condizioni soggettive di iscrivibilità

Data la natura di contratto a tempo determinato con durata fissa di 36 mesi e senza tacito rinnovo, non è prevista la facoltà di disdetta anticipata, salvo quanto previsto in caso di recesso per modifiche unilaterali o del diritto di ripensamento.

Diversamente, la perdita delle condizioni soggettive di iscrivibilità avviene in modo involontario e può verificarsi nei casi di seguito indicati:

- superamento dei limiti di età previsti;
- divorzio per il coniuge o cessazione della convivenza per il convivente;

- decesso del soggetto Titolare o del Beneficiario;
- variazione da parte del familiare Beneficiario, dello stato di “familiare a carico” nella dichiarazione fiscale relativa ai redditi dell’anno precedente;
- chiusura e/o cessazione azienda/ditta;
- interruzione del rapporto di lavoro dell’Iscritto (dimissioni volontarie o licenziamento).

In questi casi, l’Iscritto è tenuto a darne comunicazione nei termini previsti, con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla scadenza annuale.

Nel caso di comunicazione di Perdita delle Condizioni per il Titolare, la tutela cesserà sia per il Titolare che per i suoi familiari alla scadenza.

In caso di perdita delle condizioni, è comunque consentito l’acquisto di ulteriori Tutele, qualora siano rispettate le condizioni di copertura previste.

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

L’Iscritto deve dichiarare di rientrare nelle condizioni necessarie alla copertura (diverse dal pagamento del premio) attraverso la compilazione online di un’apposita dichiarazione avente efficacia e valore di una Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000.

Le inesattezze e le reticenze dell’Iscritto 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 nel corso del contratto devono essere fatte mediante il portale del Fondo nelle apposite sezioni, oppure per quanto non previsto utilizzando i seguenti contatti: saninveneto@pec.saninveneto.it – legale@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 e/o Beneficiario dei requisiti soggettivi e oggettivi iniziali necessari per l’operatività della Copertura. L’Iscritto 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 pagamento della prima quota. Tale diritto potrà essere esercitato senza alcuna penalità e comporta la restituzione della quota versata.

In caso di esercizio del suddetto diritto, qualora l’Iscritto abbia già provveduto a caricare eventuali domande di rimborso queste non verranno prese in considerazione ed eventuali liquidazioni indebitamente percepite dovranno essere restituite al Fondo.

Il Fondo si riserva il diritto di modificare unilateralmente, in qualsiasi momento, ogni aspetto del contratto, incluse le prestazioni previste dal Nomenclatore, i requisiti di accesso, le quote di contribuzione, le Condizioni Generali e ogni altra disposizione.

Qualsiasi modifica sarà comunicata all’Iscritto tramite:

- Messaggio di posta elettronica (e-mail) all’indirizzo registrato nel portale;
- Notifica nell’area news del portale del Fondo.

A seguito di tale comunicazione, in caso di modifica peggiorativa, l’Iscritto ha la facoltà di recedere dal contratto senza alcun costo o penalità. Il diritto di recesso deve essere esercitato entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della comunicazione di modifica, inviando una comunicazione a mezzo PEC a saninveneto@pec.saninveneto.it con allegata carta di identità dell’Iscritto (o raccomandata a.r. alla sede legale del Fondo).

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 al presente articolo.

In caso di esercizio del recesso, il contratto cesserà di avere efficacia a partire dalla data di ricezione della comunicazione di recesso da parte del Fondo. Il Fondo provvederà alla restituzione della quota parte del premio già versato e non goduto, calcolata su base pro rata temporis e al netto di eventuali liquidazioni già disposte.

In caso di mancato esercizio del recesso entro i termini stabiliti, le modifiche si intenderanno pienamente accettate e

diventeranno efficaci a partire dalla data indicata nella comunicazione del Fondo.

Art. 10 - Riservatezza dei dati personali

L'Iscritto conferma di aver ricevuto dal Fondo tutte le necessarie informazioni ai fini privacy mediante le apposite informative presenti sul sito del Fondo stesso. L'Iscritto 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 ufficiali del Fondo (Statuto, Regolamento, Piano sanitario e nomenclatori). In caso di contrasto tra le presenti condizioni ed i documenti richiamati saranno prevalenti questi ultimi 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 rimborso delle spese sanitarie espressamente previste dal Nomenclatore, sostenute dall'Iscritto e/o dal Beneficiario, si estingue trascorso un anno dalla data della prestazione sanitaria; la domanda di rimborso (DDR) deve essere presentata entro la finestra temporale compresa tra aprile e aprile dell'anno successivo

Art. 13 - Obblighi dell'Iscritto/Beneficiario per la presentazione della Domanda di Rimborso (DDR)

Ai fini della corretta presentazione della DDR, l'Iscritto-Beneficiario deve ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, nei termini indicati, la DDR corredata dalla necessaria documentazione richiesta dal Portale del Fondo ed indicata nel Nomenclatore della Tutela;
- 2) permettere al Fondo di effettuare le necessarie attività di accertamento e indagine nel caso in cui emergano sospetti di comportamenti fraudolenti o dannosi per il Fondo stesso, inclusa la facoltà di richiedere la presentazione in originale dei documenti già depositati in copia;
- 3) comunicare ove richiesto ulteriori rimborsi ottenuti da altri Fondi di assistenza sanitaria integrativa per la medesima prestazione;
- 4) 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, in base anche a quanto previsto per la policy antiabuso vigente del Fondo.

La suddetta verifica potrà essere svolta entro 2 anni dalla liquidazione della DDR.

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.saniveneto.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 è l'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 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

Art. 15 - Reti convenzionate

Il Fondo mette a disposizione un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati direttamente con il Fondo, ai quali gli Iscritti e i Beneficiari possono rivolgersi per le prestazioni previste dal Nomenclatore di riferimento della singola copertura.

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida presente sul sito del fondo www.saninveneto.it.

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

Il Foro esclusivamente competente è il Tribunale 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)

Pec: saninveneto@pec.saninveneto.it

