

Sf2021

VADEMECUM PER LA
PRESENTAZIONE DEI RIMBORSI

Aziende a Fune
(SPESE 2021-2022)



Sommario

05

LE PRESTAZIONI RIMBORSATE

Quando chiedere il rimborso	05
Quali tipologie di prestazioni	06

08

COME VIENE CALCOLATO IL RIMBORSO

A.1 Specialistica ambulatoriale	08
A.2 Lenti correttive	11
A.3 Cure odontoiatriche	12
A.4 Prestazioni riabilitative a seguito di infortunio	15
A.5 Gravi malattie (critical illness-diagnosi comparativa)	17
A.6 Non autosufficienza	18

19

HAI BISOGNO DI INFORMAZIONI O ASSISTENZA SUI CONTENUTI DI QUESTO VADEMECUM?

MINI GUIDA LENTI CORRETTIVE - INSERTO ESTRAIBILE AL CENTRO DEL VADEMECUM



Quando chiedere il rimborso

ANNO DI RIFERIMENTO

Sono rimborsate le spese sostenute
a partire dal **01/06/2021** fino al **31/05/2022**.

Le richieste di rimborso possono essere presentate
durante tutta l'annualità ed entro il termine massimo
del 15/06/2022.

Non verranno accolte pratiche presentate oltre il termine
stabilito.



Quali tipologie di prestazioni

PRESTAZIONI DIRETTAMENTE GESTITE DA SANIFONDS TRENTINO



A.1 Specialistica ambulatoriale

Sono rimborsate le seguenti tipologie di prestazioni:

- Visite e accertamenti diagnostici nelle seguenti aree:
 - cardiologia, dermatologia, patologie muscolo-scheletriche (escluse le prestazioni a seguito di infortunio), oculistica, otorinolaringoiatria, neurologica, urologica
- Cicli di consulenze mediche in ambito dietologico e psicoterapico



A.2 Pacchetto lenti correttive

- Lenti correttive
- Lenti a contatto

PRESTAZIONI GESTITE TRAMITE POLIZZA**ASSICURATIVA UNISALUTE STIPULATA DA SANIFONDS**

A.3 Cure odontoiatriche

Sono rimborsate le prestazioni odontoiatriche incluse nelle seguenti aree:

- Prevenzione e igiene orale
- Implantologia
- Chirurgia odontoiatrica extra-ricovero



A.4 Prestazioni riabilitative a seguito di **infortunio**

Sono rimborsabili le prestazioni di riabilitazione fruitive dall'iscritto a seguito di infortunio.



A.5 **Gravi malattie (critical illness-diagnosi comparativa)**

Il Fondo copre il rischio di insorgenza di gravi malattie (neoplasie maligne, infarto, ictus, interventi cardiaci, trapianti, ecc.).

Per un più ampio elenco di gravi patologie si può attivare anche la garanzia Diagnosi Comparativa, che consente di interpellare i migliori specialisti mondiali.



A.6 **Non autosufficienza**

Questa copertura interviene in caso di perdita permanente dell'autosufficienza.

Le prossime pagine di questo Vademecum forniscono il dettaglio delle singole prestazioni e le indicazioni sulle modalità di ottenimento dei rimborsi.



Come viene calcolato il rimborso



A.1 Specialistica ambulatoriale

RICORDA...

- **per inviare la richiesta di rimborso** è necessario compilare il Modulo F/2021/01 e allegare la documentazione di spesa (fatture, notule, ecc.) e la prescrizione medica.
- **per importo massimo ammissibile** si intende il valore complessivo delle prestazioni per le quali è stato richiesto il rimborso.
- Le spese saranno rimborsate solo in presenza di prescrizione medica non più vecchia di 12 mesi rispetto alla data della fattura.

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Cardiologia	○ Visita cardiologica ○ Elettrocardiogramma (ECG) ○ Ecocardiogramma trans-toracico (ECT)	Importo massimo ammissibile 200 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati
Dermatologia	○ Visita dermatologica ○ Esame nei in epiluminescenza ○ Mappatura dei nei mediante dermatoscopio	Importo massimo ammissibile 160 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Apparato muscolo-scheletrico (colonna, arti superiori e inferiori, ecc.)	○ Visita fisiatrica/visita ortopedica ○ Accertamenti di diagnostica strumentale ○ Prestazioni riabilitative effettuate da personale sanitario - escluse le prestazioni a seguito di infortunio ○ Ortesi per piede (plantari, rialzi, calzature ortopediche) ○ Apparecchi ortopedici per arto superiore o inferiore e per il tronco (tutore arto, etc.) ○ Altre protesi ortopediche funzionali	Importo massimo ammissibile 400 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%. L'importo massimo ammissibile per spese relative a prestazioni riabilitative è pari a 200 euro, fermo restando l'importo massimo ammissibile di 400 euro per la presente garanzia.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati
Oculistica	○ Visita oculistica ○ Pachimetria corneale ○ Tomografia retinica (oct) a luce coerente	Importo massimo ammissibile 220 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati
Otorino-laringoiatria	○ Visita otorinolaringoiatrica ○ Ecografia collo ○ TC collo	Importo massimo ammissibile 240 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati
Neurologia	○ Visita neurologia ○ Elettroencefalogramma ○ Elettromiografia ○ Studio della velocità di conduzione nervosa	Importo massimo ammissibile 200 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati
Ciclo di psicoterapia	○ Psicoterapia individuale ○ Psicoterapia familiare ○ Colloquio psicologico clinico	Importo massimo ammissibile 160 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute in studi privati

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Ciclo di visite dietologiche	Elaborazione e formulazione della dieta	Importo massimo ammissibile 160 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	- Ticket - Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) - Spese sostenute in studi privati
Urologia	- Visita urologica - Esami urodinamici (uroflussometria; cistometria; elettromiografia della vescica; misurazione del residuo post-minzionale)	Importo massimo ammissibile 220 euro. Il Fondo rimborsa il 60% delle spese sostenute. In base alle risorse disponibili il Fondo potrà innalzare tale percentuale di rimborso fino all'80%.	- Ticket - Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) - Spese sostenute in studi privati

COME EFFETTUARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO



Via **mail** allegando il modulo e la documentazione di spesa all'indirizzo e-mail rimborsi@gestionefsf.it



Via **fax** inviando il modulo e la documentazione di spesa al numero **0461.1738969**



Consegna della documentazione cartacea presso la nostra sede operativa a Trento in via Ragazzi del '99, n. 29 - presso lo stabile della Cassa Edile, esclusivamente previo appuntamento. Per prenotare il tuo appuntamento telefona allo 0461.1919742 oppure collegati al sito www.sanifonds.tn.it

MINI GUIDA

per il rimborso delle lenti correttive

Se vuoi essere certo
di accedere al rimborso per
le lenti correttive
consulta/stampa la presente
guida e consegnala
al medico oculista
o all'ottico/optometrista
a cui ti rivolgi

E ricorda...

...il rimborso delle lenti è subordinato
alla **modifica del visus** cioè al
miglioramento o al peggioramento
della vista rispetto ad una precedente
misurazione.





Sei dal medico oculista

Durante l'esame della vista
il medico oculista ha rilevato una

MODIFICA DEL VISUS?



SÌ

Cosa
presentare
al Fondo:

NO

Le lenti
NON sono
rimborsabili

**Prescrizione attestante
la modifica del visus**



**Fattura delle lenti
degli occhiali o
delle lenti a contatto**

i Vedi sul retro le
attestazioni di
modifica del visus
accettate

i Ricorda che in caso
di occhiale, la fattura
deve contenere
il costo delle lenti
separato dal costo
della montatura



Sei dall'ottico optometrista

Durante l'esame della vista
l'ottico/optometrista ha rilevato una

MODIFICA DEL VISUS?



SÌ

*Il professionista ha
evidenziato in fattura
l'esame della vista?*

NO

*Le lenti
NON sono
rimborsabili*



**Prescrizione attestante
la modifica del visus**



**Fattura delle lenti
degli occhiali o delle
lenti a contatto**



**Fattura dell'esame
della vista**

i Vedi sul retro le
attestazioni di modifica
del visus accettate

i Ricorda che in caso di
occhiale, la fattura deve
contenere il costo delle lenti
separato dal costo della
montatura

i Ricorda che l'esame della vista
(indicante la dicitura prestazione
sanitaria esente IVA ex art. 10)
deve essere regolarmente tariffato.
Non sono ammissibili documenti di
spesa che riportino un valore della
prestazione pari a zero

Attestazioni di modifica del visus ammesse



CASO 1

Il professionista esplicita nella prescrizione (ad esempio nel campo note) la dicitura "lenti per variazione/cambio/modifica visus".

Dr. _____ visita del _____
Medico Chirurgo Oculista - Specialista in Oftalmologia

Dati anagrafici del paziente
Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Città di residenza _____ Telefono _____

Diagnosi e prescrizioni

OD			Prescrizione lenti	OS		
Sfera	Cilindro	Asse		Sfera	Cilindro	Asse
-0.50	+0.50	120	lontano permanenza vicino	-0.50	+0.50	40
+2.25	+0.50	120		+2.25	+0.50	40

Note
SI PRESCRIVONO NUOVE LENTI PER MODIFICA VISUS



CASO 2

Il professionista sanitario riporta nella prescrizione il visus precedente e il visus attuale in modo chiaro ed esplicito.

VISUS PRECEDENTE
OD: 17/16
OS: 15/16

Corretto con la nuova correzione

Rx OD SF: -2.25 cil _____ ax _____
OS SF: -2.25 cil _____ ax _____

VISUS ATTUALE
OD: 20/10
OS: 18/10
OD: _____
OS: _____



CASO 3

L'iscritto allega certificazione redatta dal medico oculista o dall'ottico con data, firma e timbro dello stesso (in base a chi ha rilasciato la prescrizione) attestante che vi è stata una modifica del visus.



CASO 4

Nei casi di "primo occhiale", l'iscritto produce certificazione - a firma del professionista che ha condotto la visita - recante attestazione che trattasi di "prescrizione per primo occhiale".

Non sono ammessi



Non sono ammissibili, ai fini della verifica del visus, documenti diversi da quelli sopra riportati.



Il Fondo non può ammettere copie di documenti di spesa o referti clinici con note compilate a mano e/o senza timbro del professionista che ha eseguito la visita.



Il Fondo non può ammettere una **prescrizione** rilasciata dal medico oculista e **certificazione** della modifica del visus attestata dall'ottico/optometrista (e viceversa). Il Piano Sanitario richiede che la modifica del visus sia certificata dal referto del professionista che ha eseguito la visita.



A.2 Pacchetto lenti correttive

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Lenti correttive	○ Lenti correttive ○ Lenti a contatto.	50% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo di 100 euro Le richieste sono ammissibili solamente in presenza di prescrizione non più vecchia di 12 mesi dal sostentamento della spesa del medico oculista o prescrizione dell'ottico/optometrista corredata da esame della vista fatturato e dicitura esente Iva ex art.10.	○ Ticket ○ Libera professione ospedaliera (cd. Intramoenia) ○ Spese sostenute privatamente

COME EFFETTUARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO



Via **mail** allegando il modulo e la documentazione di spesa all'indirizzo e-mail rimborsi@gestionef.it



Via **fax** inviando il modulo e la documentazione di spesa al numero **0461.1738969**



Consegna della documentazione cartacea presso la nostra sede operativa a Trento in via Ragazzi del '99, n. 29 - presso lo stabile della Cassa Edile, esclusivamente previo appuntamento. Per prenotare il tuo appuntamento telefona allo 0461.1919742 oppure collegati al sito www.sanifonds.tn.it



A.3 Cure odontoiatriche

RICORDA...

- prima di sostenere una prestazione odontoiatrica, assicurati che il dentista/ambulatorio sia presente nella **lista dei convenzionati UniSalute**
- puoi **consultare l'elenco di dentisti/ambulatori convenzionati** al link <https://www.unisalute.it/rete-convenzionata>, oppure contattando Unisalute al numero verde 800.822.432
- puoi **fissare il tuo appuntamento** con il dentista/ambulatorio convenzionato registrandoti all'area clienti Unisalute sul sito www.unisalute.it
- esclusivamente per gli **Interventi chirurgici odontoiatrici** è possibile rivolgersi anche a dentisti/ambulatori non convenzionati o accedere tramite il Servizio Sanitario Nazionale

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Prevenzione e igiene orale	○ Ablazione del tartaro ○ Visita odontoiatrica	Il Fondo sostiene il 50% delle spese sostenute, mentre il restante 50% resta a carico dell'iscritto. È ammesso il rimborso di un'unica prestazione per i 12 mesi di copertura.	○ Spese sostenute in strutture convenzionate con Unisalute
Implantologia	Rientrano in copertura: il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone.	Massimale rimborsabile: • 2.300 euro (tre o più impianti) • 850 euro (due impianti) • 450 euro (un solo impianto)	○ Spese sostenute in strutture convenzionate con Unisalute
Chirurgia orale - Avulsioni	Rientrano in copertura: avulsioni senza successivo impianto	Il Fondo sostiene il 100% delle spese sostenute, fino a un massimo di 4 denti l'anno.	○ Spese sostenute in strutture convenzionate con Unisalute

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Interventi chirurgici odontoiatrici extra- ricovero	Interventi chirurgici senza ricovero conseguenti a una delle seguenti patologie: adamantinoma; ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale; cisti follicolari; cisti radicolare; odontoma; osteiti che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore).	Massimale di rimborso: 1.500 € per 12 mesi	○ Ticket ○ Spese sostenute in strutture convenzionate con Unisalute ○ Spese sostenute in studi privati

SOLO PER GLI INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO:

Se ti rivolgi ad una struttura convenzionata...

- chiama l'**800.822.432** per fissare il tuo appuntamento;
- le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate, fino a concorrenza del massimale annuo di 1.500 euro, direttamente da Unisalute – per conto di Sanifonds – alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Se il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il suddetto massimale, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata, a fronte della presentazione della fattura.

Se ti rivolgi ad una struttura non convenzionata (studio privato)...

- la prestazione è rimborsabile in presenza di prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione;

- una volta ricevuta la fattura, l'iscritto deve inviare i documenti di spesa ad Unisalute. L'invio può avvenire:
 - tramite area clienti raggiungibile al sito **www.unisalute.it**
 - spedendo il modulo di richiesta rimborso e i documenti (clinici e di spesa) potranno a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO;
- il rimborso prevede che a carico dell'iscritto rimanga uno scoperto del 20%.

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale...

- la prestazione è rimborsabile in presenza di prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione;
- una volta ricevuta la fattura, l'iscritto deve inviare i documenti di spesa ad Unisalute. L'invio può avvenire:
 - tramite area clienti raggiungibile al sito **www.unisalute.it**
 - spedendo il modulo di richiesta rimborso e i documenti (clinici e di spesa) potranno a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO;
- Unisalute – per conto di Sanifonds Trentino – rimborsa integralmente i ticket sanitario a carico dell'iscritto.



A.4 Prestazioni riabilitative a seguito di **infortunio**

RICORDA...

- l'infortunio deve essere attestato da un **certificato di Pronto Soccorso**, mentre il ciclo di terapie deve essere oggetto di prescrizione del medico "di famiglia" o dello specialista – la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata – ed effettuato da professionisti sanitari abilitati in terapia della riabilitazione;
- ricorda di **conservare il certificato del pronto soccorso** attestante l'infortunio e la prescrizione del medico indicante il ciclo di terapie fisiche;
- non sono rimborsabili prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico;
- puoi rivolgerti a strutture/personale convenzionati Unisalute (qui la lista delle strutture o dei medici convenzionati <https://www.unisalute.it/rete-convenzionata>), a strutture/personale privati o al Sistema Sanitario Nazionale.

Se ti rivolgi ad una struttura convenzionata Unisalute...

- chiama il numero verde **800.822.432**, dedicato a Sanifonds, e riceverai tutte le indicazioni necessarie sulle strutture e sui fisioterapisti disponibili;
- le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate, fino a concorrenza del massimale annuo di 400 euro, direttamente da Unisalute – per conto di Sanifonds – alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Se il costo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il suddetto massimale, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata, a fronte della presentazione della fattura.

Se ti rivolgi ad una struttura non convenzionata (studio privato)...

- l'iscritto può chiedere il rimborso delle spese, fino a concorrenza del massimale annuo di 400 euro al netto dello scoperto del 25% col minimo di 70 euro (è quindi consigliabile un'unica fattura per l'intero ciclo di trattamenti);
- l'iscritto deve inviare la richiesta di rimborso ad Unisalute:
 - tramite area clienti raggiungibile al sito **www.unisalute.it**
 - spedendo il modulo di richiesta rimborso e i documenti (clinici e di spesa) potranno a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO;
- il rimborso prevede che a carico dell'iscritto rimanga uno scoperto del 20%.

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale...

- l'iscritto può chiedere il rimborso integrale del ticket;
- l'iscritto deve inviare la richiesta di rimborso ad Unisalute:
 - tramite area clienti raggiungibile al sito **www.unisalute.it**
 - spedendo il modulo di richiesta rimborso e i documenti (clinici e di spesa) potranno a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.



A.5 Gravi malattie (critical illness-diagnosi comparativa)

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Gravi malattie	○ Neoplasie maligne ○ Infarto miocardico acuto ○ Ictus ○ Interventi Cardiaci ○ Angioplastica ○ Patologie a carico delle valvole cardiache ○ Patologie a carico dell'aorta ○ Insufficienza renale cronica ○ Trapianti	Massimale di rimborso una tantum: 5.000 euro (se l'iscritto è in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi di grave patologia)	Entro 60 giorni dalla diagnosi, l'iscritto affetto da una delle gravi malattie elencate, oppure qualsiasi altra persona del suo ambiente familiare, dovrà contattare il Broker incaricato da Sanifonds: Assintel - 051.6132567 assintel@assintelbroker.it che istruirà il caso e svolgerà per suo conto gli adempimenti richiesti. Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'iscritto, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestano decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale
Diagnosi comparata	○ AIDS ○ Morbo di Alzheimer ○ Perdita della vista ○ Neoplasie ○ Stati vegetativi ○ Malattie cardiovascolari ○ Perdita dell'udito ○ Insufficienza renale ○ Perdita della parola ○ Trapianto di organo ○ Patologia neuromotoria ○ Sclerosi multipla ○ Paresi ○ Morbo di Parkinson ○ Infarto miocardico ○ Ictus ○ Ustioni gravi	I servizi garantiti all'iscritto sono: ○ Consulenza internazionale ○ Trova il medico ○ Trova la miglior cura ○ BestDoctors®	1. L'iscritto dovrà contattare il numero verde 800.822.432 e concordare con il medico la documentazione necessaria. 2. Dovrà poi inviare a Unisalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico di Unisalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. 3. Tale documentazione sarà poi inoltrata da Unisalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.



A.6 Non autosufficienza

Categoria di prestazione	Prestazioni ammesse	Regole rimborsuali	Tipologie di spese ammesse
Non autosufficienza	L'iscritto può optare alternativamente tra: ○ il rimborso vitalizio delle spese sanitarie e sociosanitarie ○ la corresponsione di un'indennità sostitutiva annuale, per tutta la vita.	Rimborso vitalizio delle spese sanitarie e socio sanitarie: ○ massimale annuo di 8.640 euro (720 euro/mese) Tale massimale Indennità sostitutiva annuale: ○ indennità sostitutiva annuale di 7.200 euro (600 euro/mese), per tutta la vita.	1. L'iscritto oppure qualsiasi altra persona del suo ambiente familiare dovrà contattare il Broker incaricato da Sanifonds: Assintel - 051.6132567 assintel@assintelbroker.it 2. Il Broker istruirà il caso e svolgerà per suo conto gli adempimenti necessari.



Hai bisogno di informazioni o assistenza sui contenuti di questo vademecum?

DESIDERI RICEVERE ASSISTENZA TELEFONICA?

- Chiama il numero **0461.1919742**

PENSI DI RISOLVERE RAPIDAMENTE CON UNA SEMPLICE MAIL?

- Formula direttamente il tuo quesito a **info@sanifonds.tn.it**, ti risponderemo entro 72 ore!



www.sanifonds.tn.it