


# DIRITTI & CONSUMI

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana 

MENSILE DEL MOVIMENTO DIFESA DEL CITTADINO

DIRETTORE RESPONSABILE ANTONIO LONGO REDAZIONE D. NATASHA TURANO, SILVIA BIASOTTO, LIVIA ZOLLO, MARCO DAL POZ, LUNA PINI PROGETTO GRAFICO MARCO LOVISATTI SEDE E REDAZIONE VIA QUINTINO SELLA 41, 00187 ROMA TEL. 06 4881 891 EMAIL DIRITTECONSUMI@MDC.IT STAMPA SOCIETÀ TIPOGRAFICA ITALIA A.R.L. FINITO DI STAMPARE IL 28/7/2012

## L'EDITORIALE

di ANTONIO LONGO - PRESIDENTE MDC

**T**emi come RC Auto, Polizze Vita e Polizze Sanitarie suscitano ancora molte perplessità nei consumatori, spesso vittime di raggiri e truffe. I contratti molte volte sono di difficile, se non impossibile, interpretazione e ciò porta il consumatore a non leggerli affatto, stipulandoli in maniera inconsapevole e probabilmente dannosa.

Sviluppare una capacità di approccio critico per riuscire a orientarsi fra le numerose clausole e l'ampia gamma dei prodotti offerti può aiutare a destreggiarsi nella giungla delle polizze, scegliendo il modo migliore per tutelarsi.

Sono molte infatti le novità introdotte negli ultimi anni e non sempre facili da seguire che hanno portato cambiamenti significativi, ne sono esempi i costi maggiori della sanità dovuti all'invecchiamento della popolazione e alle maggiori esigenze di cura e prevenzione, che portano sempre più cittadini a stipulare polizze sanitarie, o ancora la necessità di far fronte a pensioni in prospettiva sempre più leggere attraverso polizze vita.

Ma è soprattutto il campo assicurativo quello che desta maggiori difficoltà di comprensione da parte dei consumatori, con le sue novità e le sue problematiche. Recente è l'introduzione dell'indennizzo diretto, procedura che consente al danneggiato di richiedere il risarcimento danni direttamente alla propria compagnia di assicurazione allegandolo alla compilazione del modulo blu di constatazione amichevole d'incidente (C.A.I.).

Novità che cercano di semplificare ma che non sono sempre recepite in maniera chiara e semplice da chi deve adeguarsi al cambiamento. È bene accertarsi, quindi, che all'atto della firma le compagnie che stipulano le polizze consegnino opuscoli e informazioni che rendano comprensibile e trasparente il contratto in ogni suo aspetto.

## SPECIALE ANIA



PAG. 2/8

D'altra parte un cittadino consapevole, prima di firmare, deve preoccuparsi di leggere il contratto in ogni sua parte, chiedendo se necessario spiegazioni di

ciò che non è chiaro ed individuare le clausole che contengono le garanzie che interessano, evitando così amare sorprese.

# COS'E' UN'ASSICURAZIONE?

di NATASHA TURANO

L'assicurazione è un contratto con il quale un soggetto (l'assicuratore), dietro il pagamento di una somma di denaro, detta premio, si obbliga - entro i limiti convenuti nel contratto stesso - a risarcire un altro soggetto (l'assicurato) quando subisce un danno oppure a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

La parola polizza, etimologicamente, significa promessa e nel moderno gergo delle assicurazioni si usa per designare il contratto di assicurazione in quanto tale, quello mediante il quale l'assicuratore, previa la riscossione di un premio, si impegna a rivalere l'assicurato di un danno, qualora si verificasse, mediante il pagamento di un capitale o di una rendita. Questo è quanto stabilisce l'articolo 1882 del Codice Civile italiano, che definisce la polizza assicurativa.

Da un punto di vista giuridico, la polizza è un contratto che deve sempre avere forma scritta e che è definito obbligatorio (in quanto impone degli obblighi a chi lo contrae), unilaterale (perché impone la prestazione a una sola delle parti, l'assicuratore) e a prestazioni corrispettive (perché l'assicurato paga il premio, l'assicuratore risarcisce il danno).

L'assicuratore rappresenta la compagnia assicurativa che riceve, secondo esplicitate scadenze, i premi assicurativi dall'assicurato. Nella polizza l'assicurato, ovvero la persona il cui interesse è tutelato dal contratto assicurativo, può figurare ricoprendo tipicamente anche altri 2 ruoli: il contraente e il beneficiario. Il contraente è chi stipula la polizza, pagandone il premio. Il beneficiario è la persona destinataria della prestazione che l'assicuratore si impegna ad assolvere.

L'oggetto della polizza deve sempre essere specificato fin dall'incipit, essa deve contenere anche tutti i dettagli della sua regolamentazione temporale, con tanto di effetti del mancato pagamento dei premi, nonché le norme relative alla possibilità di cederla, vincolarla, darla in pegno. Salvo disposizioni contrarie, la polizza acquista valore dalle 24.00 del giorno successivo alla firma, anche se le due parti sono libere di stabilire una decorrenza diversa.

L'intermediario che vende una polizza è tenuto a fornire tutta una serie di informazioni precontrattuali di varia utilità al cliente oltre che una nota informativa in cui è specificata la legge di applicazione, quella italiana, e i contatti dell'ufficio della compagnia a cui rivolgere eventuali reclami. Devono anche essere presenti tutte le informazioni relative all'impresa: non solo l'indirizzo e la denominazione sociale, ma anche tutti gli estremi dell'autorizzazione all'Isvap (importanti per verificare che tutto sia in regola nella compagnia presso cui si stipula la polizza), i termini di prescrizione dei diritti contrattuali e le informazioni relative al contratto, con durata, soggetti esclusi dalla garanzia e le clausole di inoperatività della polizza (gli eventi cioè che la rendono non valida). Altro materiale che il cliente ha il diritto di ottenere è un'informativa sulla privacy che specifichi le finalità e le modalità di trattamento dei dati personali, nonché il responsabile per la loro gestione, che di solito è l'intermediario stesso.

## I RECLAMI

Di fronte a comportamenti scorretti della compagnia assicuratrice, possono presentare reclamo i singoli assicurati e le associazioni di consumatori riconosciute. Il reclamo deve essere inviato innanzitutto all'impresa assicuratrice, tramite posta raccomandata, e-mail o fax. Ogni impresa deve avere al suo interno un'area specifica dedicata ai reclami e ai successivi riscontri. Questa è reperibile nei siti internet o sul sito Isvap nella sezione Uffici reclami delle imprese. La compagnia deve rispondere entro 45 giorni dalla presentazione del reclamo e se questo non avviene oppure la risposta è incompleta o insoddisfacente, ci si può rivolgere direttamente all'Isvap.

La presentazione del reclamo deve contenere tutti i dati del reclamante, della compagnia, dell'intermediario, eventualmente del perito, descrizione del motivo del reclamo e tutta la documentazione che possa attestare il fatto e il comportamento scorretto.

## REGOLE D'ORO PRIMA DI SOTTOSCRIVERE UNA POLIZZA

- 1) Se si intende stipulare una polizza di assicurazione occorre tenere presente che **esiste la possibilità di entrare in contatto con operatori non regolarmente abilitati**. Pertanto è necessario verificare l'effettiva identità dell'impresa telefonando o consultando il sito dell'ISVAP.
- 2) **La nota informativa deve essere trasmessa dall'impresa, prima della conclusione del contratto**, su carta o in formato elettronico immagazzinabile su supporto duraturo (CD, hard disk portatili, ecc.).
- 3) **Controllare nella nota informativa quale è la legge applicabile al contratto**, vale a dire la legge che ogni giudice, indipendentemente dal fatto di essere italiano e straniero, applicherà in caso di controversia.
- 4) **Verificare nella nota informativa se in caso di controversia con una compagnia estera la competenza sia attribuita ad un giudice straniero**, con la conseguenza di dover sostenere i maggiori disagi connessi allo svolgimento del giudizio all'estero.
- 5) Prima di stipulare il contratto **leggere le condizioni di polizza** disponibili sul sito.
- 6) Controllare attentamente quale è il **momento di decorrenza** della copertura assicurativa.
- 7) **Il contratto deve essere comunque consegnato su carta**.
- 8) Per le assicurazioni RC auto, oltre al contratto, devono essere rilasciati dall'impresa, in originale, il **contrassegno e il certificato assicurativo entro 5 giorni dal pagamento del premio**. In attesa di ricevere tali documenti, per evitare contravvenzioni, occorre applicare sul veicolo la ricevuta di pagamento del premio che l'assicuratore è obbligato a rilasciare tempestivamente.

# LA RESPONSABILITÀ CIVILE AUTOVEICOLI (RCA)

di NATASHA TURANO

**P**er chi compra un'automobile o una moto, dal 1969 in Italia è obbligatoria la stipula di un contratto assicurativo definito RCA, Responsabilità Civile Autoveicoli: a fronte del pagamento di un premio, la compagnia assicurativa risarcisce il danno a terzi causato dall'autoveicolo in maniera esclusivamente involontaria. Chi è privo della RCA rischia sanzioni fino a 2.970 euro, il sequestro del veicolo e in caso di incidente deve risarcire con il proprio patrimonio i danni provocati. Il contratto dura generalmente un anno, a partire dalle 24 del giorno successivo alla firma, e due sono i tipi di assicurazione previsti:

- **Bonus-malus:** a seconda della "classe di merito" della quale fa parte l'assicurato, il premio è più alto o più basso. La classe di merito è una scala da 1 a 18, dove la classe 1 è la più virtuosa ed economica, la classe 18 è la meno virtuosa e più cara. Se in un arco di tempo generalmente fissato in 12 mesi, l'assicurato non provoca incidenti, la classe va verso il basso e il premio da pagare è più basso (bonus); se si provocano incidenti o sinistri la classe aumenta, e il premio può anche triplicare salendo di due classi per volta.

- **Franchigia.** È la parte di danno provocato a terzi che l'assicurazione non copre e dunque resta a carico dell'assicurato. Può essere: relativa, e in questo caso se il risarcimento è al di sotto di una certa cifra fissata (franchigia), sarà l'assicurato a pagare e invece se l'ammontare del risarcimento supera la franchigia, sarà l'assicurazione a coprirlo; assoluta, quindi se l'ammontare del risarcimento è inferiore, resta a carico dell'assicurato, invece se la supera, bisognerà sottrarre la franchigia al risarcimento: la differenza sarà a carico dell'assicurazione.

Il contratto può essere con o senza "tacito rinnovo". In caso di tacito rinnovo (o silenzio assenso), il contratto viene prorogato all'anno successivo automaticamente. Circa un mese prima della scadenza, la compagnia assicurativa invia un "Attestato di merito" che riporta tutti i dati della posizione dell'assicurato, classe di merito, ammontare del premio, elenco degli incidenti (attestato di rischio), etc. Se si vuole evitare il silenzio assenso, bisogna che l'assicurato manifesti la esplicitamente la sua volontà almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto. Se invece il contratto è **senza tacito rinnovo** (altresi detto "a scadenza

secca"), è necessario fare esplicita richiesta di rinnovo al momento della scadenza.

All'interno del contratto ci sono anche delle clausole particolari che prendono il nome di **garanzie accessorie:** ne sono un esempio quella di assistenza stradale, furto e incendio e infortuni del conducente. I danni subiti dal proprio veicolo, quindi non causati da terzi, vengono invece risarciti da un'apposita polizza, la Kasko, la quale viene usata molto dai neo patentati. I danni risarcibili sono quelli provocati ad esempio da un ribaltamento, da un urto dopo un'uscita di strada, o qualunque altro tipo di urto che può essere subito dalla macchina durante la circolazione su strada. Questa polizza può essere anche ulteriormente ampliata, pagando un premio ancora più alto, ad altri tipi di eventi, come i danni causati da sommosse, rivolte, cariche della polizia, eventi atmosferici, atti vandalici generici.

Due sono le tipologie di polizza Kasko:

- Completa, copre tutti i danni a prescindere dalla responsabilità dell'assicurato
- Mini, copre solo i danni che sono stati causati da incidenti - dimostrabili (bisogna possedere





e fornire gli estremi) - con altri veicoli ma non quelli che si verificano al veicolo da solo.

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Denunciare un sinistro con un altro veicolo è obbligatorio e va fatto entro tre giorni dall'incidente. Per rendere più rapida la pratica per la liquidazione del risarcimento è indispensabile compilare la CAI (Constatazione amichevole di incidente) o "modulo blu", firmato da tutte le parti coinvolte nell'incidente che devono possederne una copia, contenente data, luogo e ora del sinistro, tipo e targa dell'altro veicolo coinvolto, nome della compagnia assicurativa, dati anagrafici e numero di telefono dell'altro conducente, descrizione dettagliata dell'incidente e dei danni materiali visibili, generalità dei feriti se ci sono, generalità dei possibili testimoni, segnalazione dell'intervento di eventuali autorità. La CAI consente di liquidare il risarcimento per danni alle cose entro 30 giorni, e alle persone entro 45 giorni.

## IL RISARCIMENTO DIRETTO

Dal 1° febbraio 2007, la vittima di un sinistro può chiedere il **risarcimento direttamente** alla sua compagnia, che poi si rivarrà sulla compagnia assicurativa del responsabile del sinistro. Per accedere al risarcimento diretto bisogna rispettare alcuni requisiti: l'incidente deve coinvolgere due veicoli soltanto, deve es-

sersi verificato sul territorio italiano, tra veicoli con targa italiana, della Repubblica di S. Marino o dello Stato del Vaticano, i danni alle persone non devono superare il 9% di invalidità permanente, oppure 15.000 euro di entità di risarcimento. La richiesta di risarcimento deve essere inviata per fax o raccomandata A/R e deve contenere i dati riguardanti il responsabile del sinistro, compresa la compagnia assicurativa, la documentazione medica in caso di danni fisici, e il preventivo per i danni causati, stilato dall'officina meccanica e specificare dove si trova l'auto. La perizia deve essere effettuata entro 8 giorni dall'invio della richiesta, mentre la compagnia deve fare la

sua offerta di risarcimento entro 60 giorni dalla richiesta, o entro 30 se è stato compilato il modulo di constatazione amichevole, congiuntamente con la persona che ha causato il sinistro. Se l'offerta viene accettata, l'assicuratore è obbligato a liquidarla entro 15 giorni. In alcuni casi la compagnia può rivalersi sull'assicurato dopo aver risarcito il danno. Questo accade se si verificano gravi circostanze di colpa: conducenti non abilitati (senza patente, con la patente ritirata ecc.), trasporto non conforme (trasporto di un numero di persone maggiore di quello consentito), guida sotto l'effetto di sostanze proibite, mancanza di revisione dell'autoveicolo. In alcune polizze può essere prevista la rinuncia alla rivalsa, comunque con un sovrapprezzo nel premio.

## SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE DELLA POLIZZA

Se si pensa di non utilizzare il proprio autoveicolo per un certo periodo di tempo, si può chiedere la sospensione della polizza per un periodo da 3 mesi a 1 anno. Per farlo, bisogna inviare una raccomandata A/R con la richiesta, indicando tutti i dati relativi al contratto, all'autoveicolo e all'assicurato e attendere di essere convocati per la restituzione del tagliando. In questo periodo di tempo è vietato circolare con l'autoveicolo del quale si è richiesta la sospensione della polizza.

Naturalmente la polizza può essere anche riattivata, attraverso fax o raccomandata A/R, ma tale richiesta non può essere inoltrata prima di 3 mesi e se si lascia passare più di 1 anno si perde la classe di merito. Al momento della riattivazione, la scadenza della polizza viene prorogata per un periodo equivalente a quello della sospensione.





# FONDI PENSIONE

Lo squilibrio nei conti della previdenza, l'invecchiamento della popolazione italiana, la necessità di assicurare a tutti, comprese le giovani generazioni che hanno carriere lavorative discontinue e non sempre ben retribuite, tutto questo ha portato il legislatore italiano a intervenire più volte negli ultimi due decenni sul sistema pensionistico del nostro Paese. In particolare, con la Riforma "Dini" del 1995, è cambiato il metodo di calcolo della pensione: da retributivo (sulla base cioè degli ultimi anni di retribuzione, in genere gli ultimi 5 o 10), a contributivo, cioè basato sul totale dei contributi versati durante la propria carriera lavorativa.

Questo comporta una decisa riduzione degli importi delle pensioni di coloro i quali hanno cominciato a lavorare dopo il 31 dicembre 1995 e per chi – a quella data – aveva meno di 18 anni di contribuzione. Per porre fine a questa situazione, il legislatore ha deciso di affiancare alla pensione "obbligatoria un sistema di previdenza "complementare" basata sui cosiddetti "Fondi".

L'ammontare della pensione complementare, una volta raggiunti i requisiti, è formato dall'importo dei contributi versati alla forma pensionistica complementare, dalla lunghezza del periodo di versamento, dai rendimenti ottenuti, al netto dei costi, con

l'investimento sui mercati finanziari dei contributi versati.

I fondi pensione sono gli organismi che hanno lo scopo di erogare ai lavoratori iscritti una pensione aggiuntiva rispetto a quella obbligatoria, una volta raggiunti i requisiti previsti e dopo un certo periodo di 'contribuzione' che viene investita in strumenti finanziari con un certo rischio e un certo rendimento. Possono aderire ai fondi i lavoratori dipendenti, i lavoratori autonomi o liberi professionisti, i lavoratori con contratti "atipici", per esempio a progetto oppure occasionale e chi non lavora o comunque è fiscalmente a carico di un'altra persona che aderisce ad un fondo.

# POLIZZE VITA

Le polizze vita sono contratti stipulati tra privati cittadini e compagnie assicurative. Una polizza vita prevede che la compagnia assicurativa si impegni, dietro la corresponsione di un premio, a liquidare al beneficiario (o ai beneficiari) designato in polizza, un capitale in un'unica soluzione o attraverso una rendita, in seguito ad un accadimento relativo alla vita dell'assicurato. Una polizza vita costituisce sia uno strumento importante per far fronte ai problemi economici che possono derivare dalla morte di un membro della famiglia, specialmente nel caso in cui l'assicurato concorreva in maniera determinante alla stabilità economica della famiglia stessa, sia un metodo sicuro per garantirsi una pensione integrativa.

Il contratto di assicurazione vita prevede quattro figure diverse: il contraente, colui che di fatto sottoscrive il contratto e che quindi si impegna a pagare i premi, l'assicuratore, che rappresenta la Compagnia assicurativa con la quale il contraente stipula il contratto e riscuote il premio assicurativo, l'assicurato, la persona alla cui vita fa esplicito riferimento il contratto stipulato tra contraente e assicuratore, e infine il beneficiario, colui che riceve la liquidazione prevista dal contratto al verificarsi delle condizioni prestabilite in polizza.

Si possono individuare principalmente tre tipi di polizza vita:

**A) Polizze vita miste:** questo tipo di polizze prevedono la liquidazione di un capitale al beneficiario sia in caso di morte dell'assicurato che in caso di vita dello stesso; nel caso in cui, alla scadenza del contratto, l'assicurato fosse in vita, il capitale previsto può essere versato da parte della compagnia assicurativa o in un'unica soluzione o come rendita vitalizia.

**B) Polizze vita caso vita:** alla loro scadenza viene versato al beneficiario un capitale o una pensione integrativa. In questo caso l'assicurazione non prevede alcuna copertura in caso di morte dell'assicurato, ma se ciò dovesse accadere nel corso di validità della polizza, agli eredi del defunto verrà erogato il cumulo dei premi versati fino al decesso dell'assicurato, rivalutato a seconda del rendimento ottenuto grazie alla gestione del patrimonio operata da parte della compagnia assicurativa.

**C) Polizze vita Caso Morte:** questo tipo di polizze assicurano la liquidazione di un capitale al beneficiario indicato in polizza in caso di morte dell'assicurato e pertanto non prevedono alcun versamento da parte della Compagnia nel caso in cui, alla scadenza del

contratto, l'assicurato sia in vita. Le assicurazioni caso morte si possono dividere in: **Polizze vita caso morte temporanee per cui in caso di morte dell'assicurato**, la Compagnia assicurativa s'impegna a liquidare, al soggetto designato in polizza come beneficiario (o ai soggetti designati come beneficiari) il capitale assicurato; **polizze vita caso morte a vita intera, che prevedono il versamento del capitale assicurato indipendentemente dal momento in cui avverrà il decesso dell'assicurato.**

Questo tipo di polizze vita prevedono il versamento del capitale assicurato in polizza venga corrisposto al beneficiario (o ai beneficiari) designato nel contratto. Ovviamente, anche in questo caso, la Compagnia si impegna alla liquidazione del capitale assicurato e stabilito nel contratto, a fronte del consueto versamento di premio, che può avvenire in diverse modalità:

- 1) versamento a premio unico
- 2) versamento a premio unico ricorrente
- 3) versamento costante o anche rivalutabile

Esistono poi delle ulteriori sottocategorie di polizze vita:

**A) Polizze vita a capitale e premio costanti:** in questo tipo di polizze sia il premio pagato dall'assicurato che l'ammontare eventualmente liquidato da parte della Compagnia rimangono invariati nel tempo.

**B) Polizze vita indicizzate:** in questo tipo di polizze sia il capitale che il premio sono crescenti e collegati all'indice Istat, in modo tale che il valore della polizza segua l'andamento dell'inflazione.

**C) Polizze vita a capitale decrescente:** in questo tipo di polizze il valore della polizza cala nel tempo; questo tipo di contratto si sottoscrive generalmente quando si teme il sovrapporsi di mutui e finanziamenti che però sono destinati a diminuire nel tempo grazie al progressivo esaurirsi dei relativi capitali residui.

#### CONCETTI FONDAMENTALI:

##### Il premio

La polizza vita prevede il pagamento di una

somma, il "premio". A seconda dei tipi di polizza, il pagamento avviene in un'unica soluzione al momento della stipula del contratto (premio unico), oppure attraverso versamenti periodici con scadenza annuale (premio ricorrente) per una certa durata. Esistono poi anche polizze a premio unico ricorrente: sono polizze molto flessibili che consentono, anziché impegnarsi in un versamento unico una tantum di grosso importo, di effettuare più versamenti con una frequenza scelta dall'assicurato e per un importo fissato di volta in volta. Al momento della sottoscrizione del contratto è senz'altro importante informarsi se il premio è al lordo o al netto dei carichi accessori, dei costi accessori e delle imposte.

##### Rendita o capitale?

In cambio del versamento del premio da parte del contraente la compagnia assicuratrice si impegna al versamento a una data stabilita, di un capitale o di una rendita. Optando per il capitale si ottiene dalla compagnia assicuratrice il versamento in un'unica soluzione di quanto maturato negli anni in base ai premi versati;

chi sceglie invece la rendita, si assicura un vitalizio per il resto della propria esistenza o per un periodo prefissato. Come scegliere tra le due alternative? Dipende dalle necessità finanziarie del singolo e dalle motivazioni che lo hanno portato a sottoscrivere una polizza. Nella decisione finale rientrano anche motivazioni di carattere fiscale, perché il fisco riserva un trattamento diverso a seconda che si tratti di capitale o rendita."

**Quindi, ci possono essere due diverse modalità di liquidazione:**

**A) Rendita vitalizia,** proporzionale ai premi versati nonché all'età dell'assicurato al momento in cui ha inizio la rendita.

**B) Capitale intero** alla scadenza della polizza: in questo caso l'assicurato può anche decidere di continuare a versare i premi e posticipare il momento della liquidazione, continuando così a godere della rivalutazione del capitale.



# POLIZZE SANITARIE

I cittadini hanno la possibilità di integrare le prestazioni fornite dal Servizio sanitario nazionale con quelle erogate dalle assicurazioni o polizze sanitarie. Le polizze sanitarie possono offrire copertura sanitaria o contro i danni da infortunio. La polizza può essere stipulata da un singolo individuo, per sé e/o per la propria famiglia; ma anche da un'azienda, associazione o cassa di assistenza, e si parla dunque di polizza collettiva. È possibile stipulare polizze assicurative contro la malattia o contro gli infortuni.

Le polizze assicurative sanitarie possono coprire le spese di ricovero e quelle eventualmente sostenute durante la convalescenza, le cure extraospedaliere che precedono e seguono il ricovero (perché queste vengano rimborsate devono essere sostenute entro un arco di tempo definito contrattualmente), le spese accessorie, come il trasporto con mezzi sanitari o il vitto durante la degenza, o spese per eventuali accompagnatori e infine le spese diagnostiche e specialistiche indipendentemente dal ricovero.

Le polizze più diffuse sono quelle cosiddette "a rimborso". In questo caso, generalmente l'assicurato anticipa le spese, poi dietro presentazione di una fattura, viene appunto rimborsato. È possibile anche la copertura di invalidità permanente, totale o parziale per malattia che può avvenire tramite liquidazione di capitale. In caso di invalidità totale, l'assicuratore paga l'intero capitale, oppure una parte del capitale proporzionale ai gradi di invalidità.

Le **polizze indennitarie** offrono un risarcimento per ogni giorno di ricovero in ospedale e talvolta per la successiva convalescenza a casa (si tratta dell'**indennizzo di inabilità temporanea**), mentre le **polizze infortuni** coprono i rischi derivanti da **inabilità temporanea** cioè l'incapacità, totale o parziale, di svolgere attività per un periodo o tempo limitato, **invalidità permanente**, la perdita definitiva della capacità di produrre reddito, **morte conseguente a infortunio**, in questo caso l'importo del capitale viene liquidato agli eredi o al beneficiario indicato nel contratto.

Per calcolare il grado di invalidità e stabilire l'entità dell'indennizzo che spetterà all'assicurato infortunato, si consultano delle tabelle nelle quali vengono assegnate delle percentuali di riduzione della capacità lavorativa del-



l'assicurato secondo prestabilite e determinate tipologie di invalidità. Le tabelle sono parti integranti di una Assicurazione Sanitaria per Invalidità Permanente ed ogni compagnia stabilisce le proprie, anche se ci sono due tabelle di riferimento generale: quella dell'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) e dell'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro). **Queste due tabelle, al compararle con quelle delle assicurazioni, risultano sempre più favorevoli agli assicurati.**

## LE CLAUSOLE DI ESCLUSIONE

È opportuno verificare con attenzione quali tipi di spesa medica sono previsti nella polizza, poiché alcuni ne sono esclusi: condizioni derivanti da malattie o infortuni precedenti al contratto di assicurazione, interventi di chirurgia estetica (salvo quelli necessari a seguito di incidente o altro intervento chirurgico), aborto volontario non terapeutico, malattie mentali, cure dentarie (salvo quelle richieste a seguito di infortunio o intervento medico), eliminazione di difetti congeniti, conseguenze di atti illegali compiuti dall'assicurato, acquisto di protesi (salvo quelle necessarie a seguito di infortunio o intervento medico).

Non sono assicurabili le persone con problemi di tossicodipendenza, di sieropositività, di alcolismo. Non sono assicurate le persone che hanno superato un certo limite di età, ma la polizza non può essere interrotta dalla compagnia se questo limite di età viene superato durante la vigenza del contratto.

## LIMITI DI INDENNIZZO, MASSIMALE E FRANCHIGIA

Le polizze sanitarie possono prevedere limiti di indennizzo o massimali. Per quanto riguarda i primi, si tratta di somme massime, più contenute rispetto ai massimali, che l'assicuratore paga per una singola voce di spesa o garanzia all'interno della polizza stessa. Ad esempio, nella garanzia di rimborso per spese mediche, è previsto un limite di indennizzo per le spese accessorie. Il massimale è il limite di importo che l'assicuratore rimborsa in base al contratto nell'arco di un anno. Più alto è il massimale, più alto è il premio che si dovrà pagare. Se una malattia rende necessari due ricoveri in due diversi anni assicurativi, si valuteranno due diversi sinistri che verranno rimborsati entro i limiti dei massimali previsti per ogni anno. Può essere prevista inoltre una franchigia, cioè una quota di spesa che resta a carico dell'assicurato.

### LE POLIZZE LTC

Le polizze Long Term Care, cioè le polizze legate alla non autosufficienza, in particolare quella dovuta all'età avanzata, rispondono ad una esigenza di assistenza che in Italia diventa sempre più pressante, di fronte all'invecchiamento della popolazione e alla difficoltà che il sistema pubblico incontra nell'erogare questo tipo di prestazioni, causa soprattutto la carenza di risorse economiche. Sono ancora poche le compagnie che le offrono, ma la tendenza è verso l'aumento della diffusione. Le polizze LTC possono essere ad "accumulazione" o a "ripartizione".

- Ad accumulazione: consentono l'accumulazione, appunto, di risorse in un fondo speciale che - se si verifica un fatto che provoca la non autosufficienza - liquida un capitale una tantum oppure per tutta la durata della non au-

tosufficienza, che può durare ovviamente anche tutta la vita. Sono rivolte principalmente ai giovani, perché ovviamente l'accumulazione del risparmio necessita di più tempo a disposizione.

- A ripartizione: il premio pagato annualmente copre la malattia di quell'anno. Nel caso l'evento provochi non autosufficienza, la compagnia paga le spese socio assistenziali fino ad una cifra massima mensile, per tutto il periodo nel quale si verifica la condizione di non autosufficienza.

Le polizze LTC coprono sostanzialmente l'impossibilità di svolgere atti fondamentali della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, nutrirsi, muoversi, solitamente tre su quattro, e tutte le conseguenze derivanti dall'alzheimer.

Esiste anche la polizza viaggio che può essere stipulata da un singolo, da una famiglia o da

un gruppo. Il suo costo varia a seconda della "pericolosità" del luogo in cui si viaggia e dalla durata della permanenza all'estero. È utile soprattutto in paesi con i quali non esistono convenzioni tra sistemi sanitari pubblici (quindi soprattutto fuori dall'Unione europea) e nei quali la sanità privata è più efficiente di quella pubblica.

Per poter scegliere la miglior polizza sanitaria, come sempre, bisogna prima identificare le proprie esigenze principali, conoscere il più possibile l'offerta delle principali compagnie di assicurazione e valutare le nostre possibilità di investimento.

**Per avere una assicurazione sanitaria al miglior prezzo non rimane che richiedere il numero maggiore possibile di preventivi.**

### COSE DA RICORDARE

- Devono passare **più di 30 giorni dalla stipula** della polizza affinché si possa contare sulla copertura per le spese necessarie per un ricovero per malattia o intervento chirurgico.

- Solo **300 giorni dopo la firma del contratto assicurativo** si potranno esigere le garanzie dell'assicurazione per far fronte alle spese per il parto o per problemi relativi alla gravidanza e al periodo post-parto.

- E' necessario leggere tutte le clausole di una Polizza Sanitaria prima di firmarla e fare tutte le domande che all'interlocutore per sciogliere qualsiasi dubbio.

- Se state "studiando" la vostra Polizza Sanitaria tra le tante opzioni offerte dalle assicurazioni online, paragonate bene tutte le clausole delle polizze e non guardate troppo solo al prezzo.

- Alcune assicurazioni Sanitarie, oltre a prevedere il rimborso delle spese mediche sostenute, forniscono un'alternativa interessante **agli assicurati che avessero problemi nell'anticipare i pagamenti delle prestazioni mediche necessarie**. Si tratta della possibilità che l'assicurato si rivolga a una delle **strutture sanitarie convenzionate con la compagnia assicurativa** dove non gli sarà richiesto nessun pagamento per i servizi medici goduti. Ricevute e fatture relative alle prestazioni sanitarie ricevute saranno pagate direttamente la sua assicurazione.

- Per ultimo, quasi sempre, anche una Polizza Sanitaria stabilisce uno **"scoperto" o franchigia a cambio di un premio assicurativo un po' inferiore**. Questi limiti e le circostanze in cui si applicano possono essere flessibili ma vanno pensati ed accordati ovviamente prima di redigere il contratto di Assicurazione Sanitaria finale che le due parti dovranno poi sottoscrivere.



**Movimento Difesa del Cittadino**  
Via Quintino Sella 41 00187 Roma  
Tel. 06/4881891 – Fax 06/42013163  
[info@mdc.it](mailto:info@mdc.it) – [www.mdc.it](http://www.mdc.it)

*È un'associazione di promozione sociale nata a Roma nel 1987, con l'obiettivo di promuovere la tutela dei diritti dei cittadini consumatori, informandoli e dotandoli di strumenti giuridici di autodifesa, prestando assistenza e tutela tramite esperti.*

*Come Associazione nazionale di consumatori, fa parte del Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (CNCU) presso il Ministero dello Sviluppo Economico e di Consumers' Forum.*

*È presente in 18 regioni con oltre 100 sedi e sportelli che offrono ai soci servizi di consulenza e assistenza per contratti, bollette, condominio, rapporti con la Pubblica Amministrazione, sicurezza alimentare, banche e assicurazioni.*