



Movimento Difesa del Cittadino
presenta

GUIDA CITTADINI SICURI

Tutte le informazioni utili
RC Auto *su:*
Polizze Vita
Polizze Sanitarie

con il sostegno del



**FORUM
ANIA
CONSUMATORI**

Indice

<i>Introduzione</i>	<i>pag.</i>	<i>2</i>
<i>RC Auto</i>	<i>pag.</i>	<i>13</i>
<i>Polizze Vita</i>	<i>pag.</i>	<i>26</i>
<i>Polizze Sanitarie</i>	<i>pag.</i>	<i>49</i>

Guida a cura della giornalista Valentina Caracciolo

Progetto grafico: Luna Pini

INTRODUZIONE

Cosa è una assicurazione?

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. Le radici lessicali di questo vocabolo risiedono infatti nella parola latina **pollicitatio**, promessa appunto. Nel moderno gergo delle assicurazioni, la polizza è la parola che 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** (perchè impone la prestazione a una sola delle parti - l'assicuratore -) e a **prestazioni corrispettive** (perchè l'assicurato paga il premio, l'assicuratore risarcisce il danno).

L'assicuratore rappresenta, nella forma contrattuale, la compagnia assicurativa che riceve, secondo esplicite scadenze, i premi assicurativi dall'assicurato. Nella polizza quello che abbiamo genericamente definito assicurato, ovvero la persona (fisica o giuridica) 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 (persona fisica o giuridica) stipula la polizza, pagandone il premio. Il **beneficiario** è la persona destinataria della prestazione che l'assicuratore si impegna ad assolvere. Queste figure coincidono spesso, ma non necessariamente: ad esempio in caso di polizze vita, chiaramente l'assicurato e il beneficiario non possono essere la stessa persona, in quanto il meccanismo prevede che alla morte dell'assicurato sia il beneficiario a incassare. Nel caso di assicurazione su un mutuo invece è il creditore il soggetto a cui sono vincolati i benefici della polizza, sempre per ovvi motivi.

L'oggetto della polizza deve sempre essere specificato fin dall'incipit, e la legge prescrive che ciò sia fatto nel modo più chiaro e inequivocabile possibile. In caso di lacunosità, l'articolo 1350 del Codice civile prevede che, in sede di interpretazione di un contratto ambiguo, si scelga la versione più favorevole all'assicurato.

Ogni polizza contiene anche tutti i dettagli della sua regolamentazione temporale, con tanto di effetti del mancato pagamento dei premi, nonchè le norme relative alla possibilità di cederla, vincolarla, darla in pegno. Salvo disposizioni contrarie, la polizza acquista valore dalle 24 del giorno successivo alla firma, anche se le due parti sono libere di stabilire una decorrenza diversa rispetto a quella della firma.

Prima della stipula della polizza vera e propria, avviene il passaggio della proposta, con il quale il contraente fa ufficialmente richiesta della polizza. Il passaggio della polizza è l'ultimo stadio in cui è possibile per le parti tirarsi indietro, tramite una semplice revoca. Dopo la firma, vanno necessariamente attivati i meccanismi di recesso. Nel contratto sono anche specificati i costi e le commissioni.

Per legge (l'articolo 120 del Codice delle assicurazioni), quando un intermediario vende una polizza, è tenuto a fornire tutta una serie di informazioni precontrattuali di varia utilità che il consumatore ha diritto di avere (e che può quindi pretendere) e l'intermediario ha il dovere di fornire.

Prima di tutto, dovrebbe sempre venire esplicitato quali sono gli studi imparziali su cui si fonda la proposta contrattuale che si fa al cliente o, per lo meno, per mandato di quali imprese l'intermediario operi. Egli deve poi fornire un documento relativo alla sua azienda, che contenga il riferimento all'albo al quale è iscritto (con tanto di numero identificativo), gli eventuali possibili conflitti d'interesse in atto e una specificazione di tutte le forme di tutela a disposizione del cliente. In fase di contrattazione devono essere esposti, in modo chiaro ed esauriente, gli elementi essenziali del contratto: durata, costi, limiti, eventuali rischi finanziari connessi. Il mediatore deve anche fornire un'autorizzazione all'incasso, per il pagamento dell'eventuale premio, specificando che non è al momento del pagamento che scatta la copertura assicurativa, ma in quello, successivo, della quietanza da parte della compagnia.

L'attività di chi vende una polizza è anche coperta, a sua volta, da un'assicurazione di responsabilità civile: infatti, per gli eventuali danni che

causerà col suo operato, l'intermediario dovrà indicare qual è il Fondo di garanzia a tutela dei diritti del suo cliente. Il cliente che richiede un'assicurazione, dal canto suo, dovrà rispondere in maniera esauriente alle domande, anche molto approfondite, che gli verranno poste dal momento che la mancata risposta può pregiudicare il buon esito della trattativa.

Infine, parte più importante, l'intermediario deve fornire al cliente una nota informativa conforme al Codice delle assicurazioni. In questa nota, 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.

Esistono due possibilità per il rinnovo di una polizza assicurativa, a seconda della presenza o meno di una clausola di rinnovo tacito.

Quando il contratto prevede un rinnovo tacito, la proroga della polizza avviene in automatico, alla sua scadenza. Non occorre fare nulla di particolare per passare da un anno di copertura a quello successivo: semplicemente vale il cosiddetto silenzio assenso.

Per evitare che questo accada, bisogna intervenire almeno 15 giorni prima della scadenza della polizza (vedi estinzione della polizza). Il meccanismo per il rinnovo è molto più semplice. Circa un mese prima della scadenza della polizza, ad esempio per le RCA, viene inviato (di solito tramite posta) un rapporto consuntivo, chiamato attestato di merito. Si tratta di un documento che riporta tutti i dati salienti della propria storia assicurativa: contiene infatti l'attestazione di rischio, l'elenco degli eventuali sinistri, la classe di merito cui si appartiene e l'ammontare del premio da pagare. Se si è d'accordo con le condizioni e non si vuole rinunciare alla polizza, è sufficiente non fare nulla e il rinnovo scatta automaticamente anche per l'anno successivo.

Quando invece non esiste la clausola di tacito rinnovo (accade spesso per i contratti stipulati con compagnie assicurative dirette, fatti attraverso internet o il telefono) **bisogna fare più attenzione**. In questo caso il silenzio non vale come assenso: il rinnovo della polizza deve essere esplicito, effettuato secondo le varie modalità previste dalla compagnia assicurativa. Se vogliamo rinnovare la polizza per l'anno successivo, dobbiamo quindi intervenire in prima persona, usando i moduli necessari oppure le apposite procedure sul sito web della compagnia o via telefono. Il vantaggio di quest'ultima possibilità è quello di poter decidere se rinnovare o disdire il contratto anche all'ultimo momento. Chiaramente, a questo corrisponde lo svantaggio di doversi ricordare di rinnovare la propria assicurazione e il rischio di incorrere in gravi conseguenze in caso di dimenticanza. Di solito le compagnie assicurative hanno tutto l'interesse a proporre un rinnovo, e quindi a contattare i clienti per evitare loro pericolose dimenticanze. Ma il rischio di rimanere scoperti in ogni caso esiste, e quindi nel caso in cui si decida di non

stipulare un contratto con rinnovo tacito è bene prestare la massima attenzione alle scadenze, soprattutto nei casi di polizza di responsabilità civile. In ogni caso, la vecchia offerta di rinnovo, ricevuta prima della scadenza, è valida generalmente anche 15 giorni oltre il termine di scadenza della polizza. Giorni nei quali, è bene sottolinearlo, non si gode di copertura assicurativa.

In altri termini possiamo dire che le polizze assicurative sono dei contratti aleatori, che vengono redatti tra il cliente e la compagnia assicurativa prescelta. Sono tanti i prodotti che vengono offerti dall'agenzia, ognuno dei quali è in grado di accontentare tutte le necessità. Infatti, è possibile stipulare contratti come la polizza dell'automobile o dello scooter, la polizza sulla casa e la polizza sulla vita. Ogni contratto prevede delle clausole, indicate nella documentazione, che attestano la liquidazione prevista nel caso in cui si verificano le condizioni citate nell'accordo.

Quindi, il contratto di assicurazione ha un duplice scopo:

- eliminare o ridurre perdite patrimoniali.
- garantire ("assicurare") i mezzi necessari per soddisfare eventuali esigenze economiche legate all'esistenza delle persone (la condizione di vecchiaia o la morte o la sopravvivenza con gravi limitazioni fisiche).

La funzione del contratto di assicurazione è quella di eliminare o quantomeno ridurre le conseguenze economiche negative legate ad un rischio trasferendo tale rischio ad una Compagnia di Assicurazione.

Oggetto del contratto di assicurazione è, quindi, il **rischio**, ossia la probabilità di un evento futuro e incerto, che causi un danno patrimoniale. L'evento può riferirsi alla persona (come una malattia o un infortunio) oppure ai suoi beni, per esempio l'incendio della casa.

Può trattarsi, infine, dell'eventualità di essere chiamati a risarcire un danno procurato ad altri, come avviene nelle polizze di responsabilità civile.

Regole d'oro prima di sottoscrivere una polizza

1) Se si intende stipulare una polizza di assicurazione, tramite agente diretto o come sempre più spesso capita via Internet occorre tenere presente che **esiste la possibilità di entrare in contatto con operatori non regolarmente abilitati**. Pertanto in caso di dubbio circa l'effettiva identità dell'impresa è possibile:

- telefonare all'ISVAP (06/42133.1) o consultare il sito www.isvap.it;
- consultare l'elenco delle imprese con sede legale in un altro Stato membro dell'Unione Europea ammesse ad operare in Italia, pubblicato trimestralmente nella Gazzetta Ufficiale;

Evitare di stipulare polizze di assicurazione con imprese estere non ammesse all'esercizio dell'attività in Italia: si può rischiare di acquistare coperture non conformi alle disposizioni di leggi italiane, soprattutto a quelle che regolano la responsabilità civile auto, e di infrangere, senza volerlo, norme fiscali o assicurative. Prima di stipulare il contratto leggere attentamente la nota informativa disponibile sul sito, che fornisce indicazioni sull'impresa e sul prodotto.

- 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, disco rigido del computer.....).
- 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. Se la legge non è quella italiana e non si conosce bene la legge straniera che l'impresa propone di scegliere, si possono incontrare maggiori difficoltà ad affrontare un eventuale contenzioso. **L'ISVAP è competente ad esaminare i reclami degli assicurati solo se la legge applicabile al contratto è quella italiana.**
- 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. Se si contatta il sito di un agente o di un broker assicurativo verificare sul sito gli estremi della sua iscrizione all'albo agenti o all'albo broker.

I reclami

Di fronte a comportamenti scorretti della compagnia assicuratrice, possono presentare reclamo i singoli assicurati (anche persone giuridiche) e le associazioni di consumatori riconosciute.

I motivi per i quali è possibile presentare reclamo possono riguardare:

- la mancata osservanza, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;
- le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali si chiede l'attivazione della **rete FIN-NET (risoluzioni extragiudiziali delle controversie)**.

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 inoltre conservare un archivio elettronico di tutti i reclami ricevuti che deve essere continuamente

aggiornato; l'aggiornamento inoltre deve essere inviato trimestralmente all'Isvap, l'Istituto per la Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo. L'Isvap vigila sulle compagnie e su tutti i soggetti coinvolti, quindi anche agenti e intermediari.

La compagnia deve rispondere entro 45 giorni dalla presentazione del reclamo. Se la compagnia non fornisce riscontro al reclamo, oppure la risposta è incompleta o insoddisfacente, ci si può rivolgere direttamente all'Isvap. Se lo si fa prima di aver presentato reclamo all'impresa, l'Isvap è comunque tenuto a girarle il reclamo, con conseguente allungamento dei tempi di risposta.

Nel caso in cui l'Isvap sia coinvolta dopo la presentazione del reclamo alla compagnia, l'Isvap avvia un'istruttoria, generalmente chiedendo alla compagnia di fornire una risposta al reclamante e di inviarne copia all'Autorità, che ne valuterà la correttezza e la completezza. Se la risposta è considerata completa e corretta, la procedura di reclamo si considera chiusa senza necessità di ulteriori comunicazioni; in caso contrario l'Isvap fornisce un resoconto al reclamante entro 120 giorni dalla presentazione del reclamo, e avvia un procedimento sanzionatorio (amministrativo pecuniario o disciplinare) che viene pubblicato sul sito internet dell'Autorità.

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.

Nel caso di **liti transfrontaliere**, è possibile presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto. Le informazioni sono rintracciabili accedendo al sito: **<http://www.ec.europa.eu/fin-net>**, o all'ISVAP, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

L'Isvap ha attivato un call center per fornire informazioni e assistenza ai consumatori, che si può interpellare al numero **800-486661**. Inoltre, sul sito Isvap sono disponibili i moduli per la presentazione dei reclami alle imprese, all'Isvap stessa e la normativa di riferimento.

N.B.: Se il reclamo riguarda aspetti di trasparenza dei prodotti unit e index linked o delle operazioni di capitalizzazione va inviato alla **CONSOB** (via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma – www.consob.it); se, invece, riguarda forme di previdenza complementare va inviato alla **COVIP** (via in Arcione, 71 - 00187 Roma – www.covip.it).

LA RESPONSABILITA' CIVILE AUTOVEICOLI (RCA)

Per 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. Perché questo avvenga, il danno deve essere stato causato involontariamente e accidentalmente. Il danno viene coperto entro una cifra definita massimale, fissata al momento della firma del contratto e che resta per tutta la durata del contratto stesso. Se il premio annuale aumenta, è possibile aumentare anche il massimale. Chi è privo della RCA rischia sanzioni fino a 2.970 euro e il sequestro del veicolo; in caso di incidente inoltre deve risarcire con il proprio patrimonio i danni provocati.

Il contratto dura generalmente un anno, a partire dalle 24 del giorno successivo alla firma.

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 (altresì detto “a scadenza secca”), è necessario fare esplicita richiesta di rinnovo al momento della scadenza.

Due sono i tipi di assicurazione RC Auto:

- **Bonus-malus**
- **Con franchigia**

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.

N.B.: le classi di merito non sono uguali per tutte le compagnie assicurative: la 3 di una compagnia assicurativa potrebbe corrispondere alla 5 di un'altra. Per questo motivo, quando si passa da una compagnia all'altra, si deve ricorrere alla classe di conversione universale (CU), un meccanismo messo a punto dall'Isvap – l'organismo indipendente di controllo delle assicurazioni – che consente di rendere comparabili le classi di merito. Ogni compagnia assicurativa deve quindi mettere a disposizione del cliente una tabella (basata sui criteri Isvap) nella quale accanto ad ogni classe di merito figura la classe universale. La comparazione è indispensabile all'assicurato per capire in quale classe entrerebbe con la nuova compagnia e di conseguenza, l'ammontare del premio.

Franchigia.

È la parte di danno provocato a terzi che l'assicurazione non copre e dunque resta a carico dell'assicurato.

Può essere

- Relativa: se il risarcimento è al di sotto di una certa cifra fissata (franchigia), sarà l'assicurato a pagare; se l'ammontare del risarcimento supera la franchigia, sarà l'assicurazione a coprirlo.
- Assoluta: la franchigia è fissa, e quindi se l'ammontare del risarcimento è inferiore, resta a carico dell'assicurato; se la supera, bisognerà sottrarre la franchigia al risarcimento: la differenza sarà a carico dell'assicurazione.

In genere, i premi sono più alti nelle polizze a franchigia fissa perché comunque la parte del risarcimento entro la franchigia resta in ogni caso a carico dell'assicurato.

È possibile stipulare polizze esclusivamente con franchigia, o con un mix di franchigia e bonus-malus.

Le garanzie “accessorie”

Le garanzie accessorie sono clausole contenute nel contratto che coprono aspetti non previsti direttamente dal contratto stesso.

Alcuni esempi:

- **Garanzia assistenza stradale:** può andare dal soccorso stradale all’invio dei pezzi di ricambio (in Italia e all’estero), alla fornitura del veicolo sostitutivo e altro ancora. In alcuni casi, la garanzia assistenza stradale viene offerta dal rivenditore contestualmente all’acquisto di un’automobile nuova.
- **Garanzia furto e incendio:** in generale può riguardare immobili, macchinari e auto; la prima riguarda i casi di furto, rapina, scippo, danneggiamento causato da un tentativo di rapina che abbiano comportato danni ai beni assicurati. Non sono mai compresi i danni o la sottrazione delle cose trasportate sul veicolo. La seconda tutela i danni derivanti da scoppi, incendi, anche quelli provocati da guasti dell’autoveicolo (per esempio surriscaldamento del motore).
- **Garanzia infortuni del conducente:** prevede un risarcimento al conducente che sia stato vittima di un incidente con torto, ragione o per cause fortuite (come può essere un malore mentre

si è alla guida). La garanzia contro gli Infortuni del Conducente è valida anche in caso di morte, in quel caso il risarcimento va agli eredi. Sono previste penali in caso di guida in stato di ebbrezza, senza casco o senza cintura di sicurezza.

La polizza Kasko

Mentre la RC Auto risarcisce i danni causati a terzi, la polizza Kasko risarcisce i danni subito dal proprio veicolo: non è legata alla responsabilità del conducente, quindi risarcisce anche i danni causati per esempio dall'imperizia (molto usata infatti per i neo patentati), e quelli non provocati da terzi, per cui non è possibile chiamare in causa una RCA. 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 se si è responsabili bisogna farlo entro tre giorni dal fatto. Per denunciare il sinistro è indispensabile compilare la **CAI (Constatazione amichevole di incidente)** o “modulo blu”: questo consente di rendere più rapida la pratica per la liquidazione del risarcimento. Più dati vengono inseriti, più la pratica sarà agevole. Il modulo deve essere firmato da entrambe, o comunque da tutte le parti coinvolte nell'incidente. Ciascuna delle parti deve avere due copie del modulo. Anche se non si ha il con sé il modulo blu, è utile annotare le seguenti informazioni, indispensabili per avviare la procedura con la compagnia assicuratrice: data, luogo e ora del sinistro, tipo e targa dell'altro veicolo coinvolto, nome della compagnia assicurativa dell'altro guidatore, dati anagrafici e numero di telefono

dell'altro conducente, generalità del proprietario del veicolo coinvolto se diverso dal 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. Se una delle parti coinvolte si rifiuta di firmare la CID, essa è comunque utile per la denuncia di sinistro.

La CID 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. A questo scopo, le imprese assicuratrici hanno firmato una convenzione, la CARD (Convenzione tra assicuratori per il Risarcimento Diretto) Per accedere al risarcimento diretto bisogna rispettare alcuni requisiti:

- l'incidente deve coinvolgere due veicoli soltanto
- deve essersi 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, che deve essere a disposizione del perito eventualmente chiamato dalla compagnia assicurativa a quantificare in modo indipendente il danno. La perizia deve essere effettuata entro 8 giorni dall'invio della richiesta. 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.

Rivalsa ed esclusione

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, trasporto non conforme, guida sotto l'effetto di sostanze proibite, mancanza di revisione dell'autoveicolo. I

conducenti non abilitati sono tutti quei soggetti che secondo il codice della strada non potrebbero guidare: senza patente, con la patente ritirata, con la patente sospesa, o con la patente non rinnovata. In ogni caso, il numero dei conducenti abilitati e dunque coperti dalla polizza deve essere espressamente definito nel contratto; il numero può essere addirittura libero, ma in questo caso ovviamente il premio è più alto. Si può decidere di indicare un solo conducente abilitato, e in questo caso il premio è più basso e la copertura non prevista per altri conducenti diversi da quello indicato. Il trasporto non conforme si ha quando sul veicolo si trova un numero di persone maggiore di quello consentito, oppure quando si trasportano animali senza i necessari supporti.

In alcune polizze può essere prevista la rinuncia alla rivalsa, comunque con un sovrapprezzo nel premio.

L'assicurazione all'estero

La RCA è valida in tutti i Paesi dell'Unione europea, nonché in Svizzera, Croazia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Cipro, Islanda, Norvegia, Principato di Monaco e Ungheria. Per tutti gli altri Paesi è necessaria la Carta Verde. Si tratta di un certificato internazionale di assicurazione che

consente di entrare in un Paese in regole con le norme vigenti estendendo la validità della RCA.

GLI OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE

Scegliere una polizza RCA non è semplice: è necessario confrontare le tariffe delle diverse compagnie, e anche per una stessa compagnia verificare ogni anno le eventuali variazioni, e valutare, per esempio, l'offerta di eventuali garanzie accessorie.

Dal canto loro le imprese devono garantire la massima trasparenza, e per fare questo devono intanto mettere a disposizione del pubblico, presso le proprie agenzie e sui propri siti internet, la documentazione precontrattuale e le condizioni generali e speciali di polizza, ma anche un servizio (gratuito) di preventivazione, che deve contenere:

- l'indicazione del premio
- la misura delle provvigioni riconosciute all'intermediario
- eventuali sconti
- eventuali clausole di esclusione e rivalsa
- la validità del preventivo, non inferiore a 60 giorni e non superiore alla durata della tariffa

- un codice identificativo assegnato dall'impresa per agevolarne l'uso in caso di chiusura del contratto.
- Sul sito internet della compagnia, inoltre, deve essere pubblicato l'elenco degli autoriparatori per la riparazione diretta, e i relativi recapiti, nonché il link con la procedura per inoltrare via web i reclami.

Gli intermediari, inoltre, in base all'art. 34 della legge 27/2012 sono tenuti ad informare il cliente sulla tariffa e le condizioni contrattuali di almeno tre compagnie diverse non appartenenti allo stesso gruppo.

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.

N.B.: è vietato circolare con l'autoveicolo del quale si è richiesta la sospensione della polizza.

Così come si può richiedere la sospensione, così è possibile riattivare la polizza, anche per un veicolo diverso da quello per cui la polizza è stata originariamente sottoscritta.

N.B. la riattivazione non può essere richiesta prima di 3 mesi, e se si lascia passare più di 1 anno si perde la classe di merito.

Come la sospensione, per la riattivazione è necessario un fax o una raccomandata A/R, e bisogna attendere di essere convocati per la consegna del tagliando e del certificato di assicurazione. Al momento della riattivazione, la scadenza della polizza viene prorogata per un periodo equivalente a quello della sospensione.

Link utili

www.ania.it - www.isvap.it - www.consap.it

PREVIDENZA INTEGRATIVA, POLIZZE VITA E 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 (per parlare solo degli anni più vicini a noi) 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.

Le previsioni parlano di un tasso di sostituzione – il rapporto cioè tra pensione e ultima retribuzione - tra 20 anni non raggiungerà neanche il 50%.

Per porre fine a questa situazione, il legislatore ha deciso di affiancare alla pensione "obbligatoria" – quella appunto calcolata con i contributi

versati all'Inps o altri enti previdenziali – un sistema di **previdenza “complementare”** basata sui cosiddetti “Fondi”.

Il principio sul quale si basa la previdenza complementare è quello della “contribuzione definita”, per cui l'ammontare finale 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.

Le “opzioni di investimento” sono di 4 tipi:

- **azionarie:** investimenti solo o principalmente in azioni
- **obbligazionarie:** investimenti solo o principalmente in obbligazioni

- **bilanciate**: investimenti in azioni e obbligazioni in maniera paritaria
- **garantite**: è garantito un rendimento minimo o restituzione del capitale.

Possono aderire ai fondi

- i lavoratori dipendenti;
- i lavoratori autonomi o liberi professionisti;
- i lavoratori con contratti “atipici”, per esempio a progetto oppure occasionale
- chi non lavora o comunque è fiscalmente a carico di un'altra persona che aderisce ad un fondo.

I fondi si distinguono in

- Fondi chiusi o negoziali
- Fondi aperti
- PIP, Piani Individuali Pensionistici

Esistono poi Fondi preesistenti, istituiti cioè prima del 1993, anno in cui è stata emanata la prima normativa sulla previdenza complementare (Dlgs 124). Tutte e tre le forme sono sottoposte al controllo della Covip¹ (Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione), l'organo amministrativo che deve approvarne lo statuto, vigilare sulla corretta gestione finanziaria, patrimoniale e contabile e verificare la trasparenza dei rapporti con gli aderenti.

Attenzione

- Il fondo deve consegnare a chi intende aderire – prima che l'adesione sia effettuata – tutta la documentazione inerente ai costi, le modalità di gestione, gli eventuali rischi e i rendimenti.
- Almeno una volta all'anno gli iscritti devono ricevere un resoconto della loro situazione finanziaria e dell'andamento del fondo.

¹ **La COVIP** è l'autorità amministrativa indipendente che ha il compito di vigilare sul buon funzionamento del sistema dei fondi pensione, a tutela degli aderenti e dei loro risparmi destinati a previdenza complementare. Istituita nel 1993 con decreto legislativo n. 124 del 21 aprile 1993, la COVIP ha iniziato a operare nella sua attuale configurazione – con personalità giuridica di diritto pubblico – dal 1996. Di recente le sono stati attribuiti anche compiti di controllo sugli investimenti finanziari e sul patrimonio delle Casse professionali private e privatizzate.

La sede: Via in Arcione, 71 00187 Roma tel. 39 06.695061 fax 39 06.69506304

I Fondi chiusi o negoziali

I fondi negoziali hanno origine da accordi collettivi tra lavoratori e datori di lavoro, non hanno fini di lucro e sono in sostanza associazioni riconosciute di diritto privato dotate di organi di amministrazione e controllo, assemblea e responsabile del fondo. Gli organi di controllo sono composti per metà dai rappresentanti dei lavoratori e per metà dai rappresentanti delle aziende. Basandosi sulla contrattazione collettiva, possono essere

- Categoriale
- intercategoriale
- Regionali
- Nazionali
- Aziendali
- Interaziendali

La gestione delle risorse è affidata alle banche o compagnie di assicurazione o SGR². Le risorse del fondo sono depositate presso la banca depositaria, mentre le prestazioni sono generalmente erogate da una compagnia di assicurazione.

² Società di Gestione del Risparmio.

I Fondi aperti

I Fondi aperti sono quelli istituiti da banche, compagnie di assicurazione o SGR in prima persona. Le risorse devono essere comunque separate dalla gestione ordinaria dell'ente che li ha promossi. Anche ai fondi aperti si può comunque aderire in forma collettiva.

Piani Individuali Pensionistici (PIP o FIP)

Sono fondi cui si aderisce su base esclusivamente individuale mediante contratti di assicurazione sulla vita.

IL FINANZIAMENTO DEI FONDI E IL TFR

I **nuovi assunti** (o chi cambia lavoro) devono decidere entro sei mesi dall'inizio del rapporto di lavoro dipendente se lasciare il proprio TFR in azienda o se destinarlo ad un Fondo pensione.

La scelta del lavoratore può essere

- Esplicita: in questo caso bisogna compilare il modello **TFR2**
- Tacita, o silenzio assenso: ciò significa che entro i termini stabiliti il lavoratore non esprime alcuna indicazione sulla destinazione del Tfr, e dunque il datore di lavoro trasferisce il Tfr
 - alla forma pensionistica collettiva prevista dall'accordo aziendale oppure in mancanza di accordo aziendale, dagli accordi o contratti collettivi anche territoriali
 - In presenza di più forme pensionistiche collettive, il datore di lavoro trasferisce il Tfr futuro alla forma individuata con accordo aziendale o, in mancanza di specifico accordo, alla forma alla quale abbia aderito il maggior numero di lavoratori dell'azienda
 - In assenza di una forma pensionistica collettiva individuabile sulla base di questi criteri, il datore di lavoro trasferisce il Tfr futuro ad un'apposita forma pensionistica complementare istituita presso l'Inps, denominata FondInps, alla quale si applicano le stesse regole di funzionamento delle altre forme di previdenza complementare.

N.B. Trenta giorni prima della scadenza dei 6 mesi, il lavoratore deve ricevere un'informativa da parte del datore di lavoro riguardante la forma pensionistica complementare nella quale il TFR potrebbe essere versato.

I fondi pensione che ricevono il Tfr in conseguenza del silenzio assenso, devono investire le risorse nella linea a contenuto più prudenziale.

LE ALTERNATIVE

- **TFR in azienda:** Se il lavoratore sceglie di lasciare il TFR in azienda, questo viene accantonato secondo le norme esistenti; nelle aziende con più di 50 dipendenti viene versato al Fondo della Tesoreria dello Stato presso l'Inps. N.B. La scelta di lasciare il TFR in azienda è comunque reversibile.

- **Tfr in un fondo:** Se il lavoratore sceglie di destinarlo ad un fondo, il TFR rappresenta la fonte principale di finanziamento del fondo.

Il lavoratore può decidere di aggiungere a questo un ulteriore contributo; in questo caso, anche il datore deve contribuire. N.B. La scelta di versare il TFR in un fondo pensione non è reversibile.

COME VIENE LIQUIDATA LA PRESTAZIONE DEL FONDO

Il lavoratore iscritto al fondo può, una volta raggiunti i requisiti

- Beneficiare di pensione complementare
- Farsi liquidare il capitale

Pensione complementare: Si ha diritto alla liquidazione della pensione complementare una volta raggiunti i requisiti della pensione obbligatoria e se si è aderito al fondo da almeno 5 anni. È possibile ottenere la pensione in anticipo – al massimo 5 anni - rispetto a quella obbligatoria nei casi di non occupazione superiore a 48 mesi e invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo. In caso di morte del titolare del fondo prima del raggiungimento dei requisiti per la pensione complementare, la posizione passa agli eredi o ai designati dal titolare.

Liquidazione del capitale: Il lavoratore può anche decidere di farsi liquidare il capitale accumulato, fino al 50% dell'ammontare. Il restante 50% viene comunque liquidato come pensione. La pensione potrà essere erogata interamente in capitale solo se – convertendo in rendita il 70% del montante finale – risulterà essere inferiore all'assegno sociale; oppure se il beneficiario è iscritto al fondo da prima del 1993.

Il lavoratore può inoltre

- Richiedere un'anticipazione del capitale maturato
- Riscattare la posizione
- Cambiare fondo

Richiedere un'anticipazione del capitale maturato: come per il TFR, a certe condizioni è possibile avere un'anticipazione della posizione maturata:

- In qualsiasi momento, per un importo fino al 75%, per spese sanitarie per gravissime situazioni personali, del coniuge o dei figli, o per terapie e interventi straordinari certificati da pubbliche autorità
- Dopo 8 anni, fino al 75%, per acquisto o ristrutturazione della prima casa
- Dopo 8 fino al 30% per altri tipi di esigenze.

Riscatto della posizione. Nel caso in cui il lavoratore perda i requisiti per l'iscrizione al fondo, può comunque chiedere, in alcuni casi previsti dalla riforma, la restituzione parziale o totale della posizione maturata:

- In caso di disoccupazione da 12 a 48 mesi, o cassa integrazione o mobilità (fino al 50% dell'ammontare)

- nei casi di disoccupazione superiore a 48 mesi o invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo.

Cambio del fondo. È possibile passare da un fondo all'altro dopo 2 anni di iscrizione, e se si cambia attività lavorativa. Se si passa da un fondo negoziale ad uno individuale, si perde il diritto al contributo del datore di lavoro (salvo previsioni diverse degli accordi collettivi).

LA COVIP CONSIGLIA

- Verificare se il proprio contratto di lavoro preveda la possibilità di iscrizione ad un fondo;
- Verificare i costi della forma pensionistica complementare, perché – se troppo alti – riducono l'ammontare della pensione erogabile al momento del raggiungimento dei requisiti: se sono più alti dell'1% rispetto a quelli di un altro fondo, a parità di condizioni si avrà una pensione inferiore del 16%;
- Verificare le proposte di investimento dei contributi, i rischi, le garanzie, e se sono previste prestazioni aggiuntive (in caso di disoccupazione o malattia, per esempio).

Quali documenti consultare

- **La nota informativa.** Contiene le caratteristiche del fondo: contribuzione, rischi, tipologia d'investimento, rendimenti ottenuti negli anni precedenti.

- **Il progetto esemplificativo standardizzato.** Contiene la stima dell'ammontare della pensione complementare sulla base di previsioni effettuate tenendo conto di diverse ipotesi relative a contributi versati, durata della partecipazione al fondo, rendimenti.
- **Statuto, regolamento o regolamento e condizioni generali di contratto.** Sono i documenti che regolamentano rispettivamente i fondi negoziali, i fondi pensione aperti e i PIP.

AGEVOLAZIONI FISCALI

- Deduzione dal reddito dei contributi versati fino a 5.164,57 euro
- Tassazione dei rendimenti all'11% invece che al 12,5% previsto per i risparmi finanziari
- Tassazione ridotta sulla pensione complementare proporzionale agli anni di partecipazione al fondo.

PRINCIPALI FONDI PENSIONE

Alifond – alimentari e affini

www.alifond.it – alifond@alifond.it

Byblos Fondo pensione – aziende grafiche editoriali, della carta, del cartone etc

www.fondobyblos.it – grafm@uni.net

Fon. Te. – Commercio, turismo e servizi

www.fondofonte.it – info@fondofonte.it

Arco – Legno, sughero, mobile, arredamento etc.

www.fondoarco.it – arco@federlegno.it

Cometa – Metalmeccanico, installazione impianti, odontotecnico, orafo etc

www.cometafondo.it – posta.aderenti@cometafondo.it

Fonchim – Chimico, farmaceutico, GPL, Ceramica, Vetro, Lampade, etc

www.fonchim.it – sede@fonchim.it

Priamo – Trasporto pubblico e affini

www.fondopriamo.it – fondopriamo@libero.it

Fondapi – dipendenti piccole e medie imprese

www.fondapi.it – info.aderenti@fondapi.191.it

Fondenergia – energia e chimico ENI, petrolio privato ENI

www.fondenergia.it – info@fondenergia.it

Fopen – dipendenti del Gruppo Enel

www.fondopensioneopen.it – info@fondopensioneopen.it

Prevedi – Lavoratori delle imprese industriali ed artigiane edili e affini

www.prevedi.it – info@prevedi.it

Previmoda – Industria tessile, abbigliamento, calzature

www.previmoda.it

Telemaco – Lavoratori delle aziende di telecomunicazione

www.fondotelemaco.it – info@fondotelemaco.it

Fondo scuola Espero – Lavoratori della scuola

www.fondoespero.it – info.aderenti@fondoespero.it

Link utili

www.covip.it - www.inps.it - www.ania.it

POLIZZE VITA

Le polizze vita sono contratti stipulati tra privati cittadini e compagnie assicurative. Si tratta di importanti strumenti in termini previdenziali per la propria famiglia, oltre che di un'utile forma di previdenza integrativa.

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 mercato assicurativo offre diversi prodotti in grado di soddisfare le diverse esigenze e necessità.

Il contratto di assicurazione vita prevede quattro figure diverse:

1) **Contraente:** il contraente è colui che di fatto sottoscrive il contratto e che quindi si impegna a pagare ad onorarlo attraverso il pagamento dei premi. Il contraente può essere sia una persona fisica che una giuridica.

2) Assicuratore: l'assicuratore è la persona fisica che rappresenta la Compagnia assicurativa con la quale il contraente stipula il contratto. L'assicuratore deve avere il ' mandato' da parte della Compagnia che rappresenta ad operare specificatamente nel settore vita e la Compagnia assicurativa deve avere l'autorizzazione da parte del Ministero dell'Industria ad operare nel campo "vita". L'assicuratore è di fatto l'entità che riscuote (per conto della Compagnia assicurativa che rappresenta) il premio assicurativo dal contraente e che poi liquiderà nei termini previsti dal contratto.

3) Assicurato: l'assicurato è la persona alla cui vita fa esplicito riferimento il contratto stipulato tra contraente e assicuratore.

4) Beneficiario: il beneficiario è colui che riceve la liquidazione prevista dal contratto al verificarsi delle condizioni prestabilite in polizza.

Esempio:

Contraente: Rossi Amelia, moglie di Neri Gino

Assicurato: Neri Gino, marito di Rossi Amelia

Beneficiari: Neri Antonella e Neri Massimiliano, figli di Rossi Amelia e Neri Gino

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: questo tipo di polizze sono caratterizzate dal fatto che 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.

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 caricamenti, 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.

VEDIAMO I DIVERSI TIPI DI POLIZZE VITA

1) Le polizze vita miste

Sono assicurazioni che abbinano le comuni caratteristiche di una polizza vita, cioè un capitale o una rendita a favore del beneficiario indicato nel contratto, ad una o più garanzie complementari che generalmente sono rivolte ad assicurare una certa tranquillità all'assicurato ed ai suoi familiari.

I rischi complementari più spesso previsti in polizza sono la malattia, l'infortunio e l'invalidità.

Secondo quanto previsto in fase di stipula, il premio versato contiene quindi una quota destinata alla vera e propria polizza vita, che può essere soggetta a rivalutazione, ed una quota dedicata alle altre forme di garanzie complementari prescelte.

2) Le polizze vita caso vita

Sono uno strumento particolarmente utile ai fini della **previdenza complementare** (vd sotto) e rappresentano una forma di pensione integrativa dal momento che in caso di vita dell'assicurato offrono un reddito complementare alla pensione pubblica.

Qualora, allo scadere della polizza, si preferisca la formula della rendita vitalizia all'erogazione del capitale, sussistono **due forme di rendita**:

1) **Rendita immediata** : prevede che venga corrisposta subito dopo la stipula del contratto e pertanto il premio deve essere versato in un' unica soluzione; da quel momento la Compagnia assicurativa erogherà la suddetta rendita.

2) **Rendita differita** : è la formula più comunemente adottata e prevede che i premi vengano versati nell'ambito di un lasso di tempo prestabilito durante il quale il capitale versato verrà rivalutato ed al termine del quale verrà poi corrisposto il vitalizio. In caso di morte dell'assicurato, questo tipo di polizze prevede la reversibilità della rendita nei confronti del beneficiario indicato in polizza o degli eredi legittimi.

Le polizze vita che prevedono il caso vita sono da considerarsi come una vera e propria forma di risparmio in cui il capitale versato viene rivalutato a seconda dell'andamento della gestione patrimoniale effettuata da parte della Compagnia assicuratrice e dalla cosiddetta 'aliquota di retrocessione' che rappresenta la percentuale della rivalutazione che viene versata agli assicurati e che non può essere inferiore al 75%.

3) Le polizze vita caso morte

Hanno lo scopo di risolvere quanto più possibile i **danni economici derivanti dalla morte dell'assicurato**. Questo tipo di polizza è solitamente scelto da chi vuole garantire ai propri cari una certa serenità dal punto di vista economico in caso di decesso, specialmente nel caso in cui l'assicurato sia una figura che provvede in maniera sostanziale al fabbisogno economico del nucleo familiare, oppure siano in essere mutui per la casa o finanziamenti o pendenze di qualsiasi genere.

Queste polizze prevedono quindi, dietro corresponsione di un premio di rata costante, la liquidazione di una certa cifra, solo nel caso di decesso dell'assicurato.

Per il calcolo della rata di premio che l'assicurato dovrà versare, occorre stabilire innanzi tutto il capitale che si vuole assicurare ed in seguito a ciò è necessario valutare specifiche tabelle basate su calcoli statistici che prendono in considerazione molti dati riferiti a percentuali di rischio relativi a sesso dell'assicurato, età dell'assicurato, condizioni fisiche attuali e pregresse dell'assicurato, assicurato fumatore o non fumatore, lavoro svolto dall'assicurato, etc.

Le assicurazioni caso morte si possono dividere in:

a) Polizze vita caso morte temporanee

Questo tipo di polizze (definite nel linguaggio assicurativo TCM) prevedono che venga pagato un premio (il cui frazionamento può essere annuale, semestrale, trimestrale e perfino mensile) a fronte del quale, **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. (Esempio :l'assicurato versa un premio per assicurare ai beneficiari, in caso di decesso, un capitale di Euro 100.000).

Questo tipo di polizza vita si può risolvere in due sole modalità:

1) La morte dell'assicurato entro la data di scadenza del contratto assicurativo (esempio l'assicurato stipula a 40 anni una polizza temporanea caso morte della durata di 20 anni; se il decesso avviene

prima della scadenza del contratto, la Compagnia assicurativa liquiderà al beneficiario il capitale assicurato).

2) La scadenza del contratto alla data prestabilita e l'assicurato ancora in vita senza che si possa, ovviamente, rinnovare il contratto alle stesse condizioni iniziali. (Infatti, se l'assicurato al momento della stipula del contratto aveva 40 anni, nel caso in cui sia ancora in vita al termine del contratto, non si potranno applicare le medesime condizioni perché nel frattempo l'assicurato avrà 10,15,20 anni in più- in base a quanto previsto alla stipula; andranno pertanto rivalutate le tabelle di cui sopra e di conseguenza anche la durata ed il premio del nuovo contratto. E' chiaro che, **più è avanzata l'età** in cui si decide di stipulare questo tipo di polizza e **più è alto il rischio** a cui è esposta la Compagnia assicurativa e, di conseguenza, **sarà più alto il premio** che l'assicurato dovrà pagare).

Nel caso in cui non si verifichi l'evento accidentale per cui l'assicurato ha stipulato questo tipo di polizza, ossia la morte, **i premi pagati**, e quindi l'intera somma versata per tutta la durata del contratto di assicurazione, **rimangono acquisiti dalla compagnia assicurativa**; per questo motivo questo tipo di polizze vengono anche definite **'a puro rischio'** e sono in qualche modo a fondo perduto. Si tratta di una polizza sottoscritta solitamente da chi ha figli a carico e magari paga un mutuo.

B) Polizze vita caso morte a vita intera

Questo tipo di polizze vita prevede che il capitale assicurato in polizza venga corrisposto al beneficiario (o ai beneficiari) designato nel contratto, indipendentemente dal momento in cui avverrà il decesso

dell'assicurato. 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.

LA TUTELA DELLA SALUTE E LE POLIZZE SANITARIE

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Così l'art. 32 della Costituzione italiana, che è alla base del nostro Servizio sanitario nazionale. Creato nel 1978, il SSN assicura a tutti i cittadini prestazioni sanitarie universali, uguali a prescindere da genere, residenza, età, reddito e lavoro.

Negli anni – in concomitanza con la riforma del Titolo V della Costituzione che ha ridisegnato le competenze dello Stato, delle Regioni e degli enti locali sulle diverse materie che riguardano la vita dei cittadini – il SSN ha subito riforme e interventi mirati a migliorarne gli standard qualitativi. Accanto al sistema solidaristico statale, i cittadini hanno la possibilità di integrare le prestazioni fornite dal SSN 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.

Cosa coprono le polizze sanitarie

Le polizze assicurative sanitarie possono innanzi tutto coprire

- le spese di ricovero e quelle eventualmente sostenute durante la convalescenza; si tratta in genere di accertamenti diagnostici, onorari medici, uso di sale operatorie, spese di degenza ospedaliera, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici ecc.
- le cure extraospedaliere che precedono e seguono il ricovero. Perché queste vengano rimborsate devono essere sostenute entro un arco di tempo definito contrattualmente (varia quindi da prodotto a prodotto e da agenzia ad agenzia) che si estende per un certo periodo antecedente e successivo al ricovero e va da un minimo di 60 giorni a un massimo di 120 giorni; devono essere correlate alla malattia o l'infortunio per cui si è presentata la necessità di ricovero o l'intervento. la perdita di reddito durante il ricovero;
- spese accessorie, come il trasporto con mezzi sanitari o il vitto durante la degenza, o spese per eventuali accompagnatori;
- spese diagnostiche e specialistiche indipendentemente dal ricovero (come garanzia accessoria alla polizza di base).

a) 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. Se la struttura sanitaria è convenzionata con la compagnia assicuratrice presso cui è stipulata la polizza, il pagamento può avvenire direttamente da parte della compagnia stessa. 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.

b) 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**).

c) Le polizze infortuni, queste coprono i rischi derivanti da

- **inabilità temporanea**: l'incapacità, totale o parziale, di svolgere attività per un periodo di tempo limitato; per ogni giorno di lavoro perso si ha diritto ad una diaria il cui importo è stabilito dal contratto di assicurazione
- **invalidità permanente**: la perdita definitiva della capacità di produrre reddito. Il risarcimento è proporzionale alla percentuale di invalidità

- **morte conseguente a infortunio:** in questo caso l'importo del capitale viene liquidato agli eredi o al beneficiario indicato nel contratto.

In particolare, l'assicurazione per invalidità permanente è una polizza che offre garanzie nei casi di malattia, incidenti o infortuni gravi che arrechino danni gravi e di carattere irreversibile all'assicurato compromettendone l'abilità a svolgere attività lavorative. Tale invalidità deve presentarsi nei tempi massimi previsti dalla polizza sanitaria stipulata.

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 dell'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.

Capita che l'assicurato riporti più di una menomazione, in questo caso si sommano le percentuali delle voci corrispondenti, con la eventuale possibilità di raggiungere una invalidità totale (100%). In rari casi, particolari menomazioni non appaiono in queste tabelle e ci si avvale dei criteri e i giudizi di medici legali.

Una opzione interessante della assicurazione sanitaria per Invalidità Permanente é quella di stabilire nel contratto che la compagnia assicurativa prenda in considerazione il tipo esatto di lavoro svolto dall'assicurato prima di una malattia o incidente e valuti in maniera mirata alle eventuali menomazioni subite dalle parti del corpo indispensabili per continuare a svolgere quella stessa attività. Tale opzione comporta dei risarcimenti molto più cospicui ma, attenzione, anche il premio assicurativo si eleverà proporzionalmente.

Come per tutti gli altri tipi di polizze, anche per la assicurazione sanitaria per Invalidità Permanente esiste la possibilità di stabilire una franchigia, assoluta o relativa, che potrebbe rendere meno caro il costo dell'assicurazione.

Le clausole di esclusione

E' opportuno verificare con attenzione quali tipi di spesa medica sono previsti nella polizza, poiché alcuni ne sono esclusi: gli interventi chirurgici non dovuti a malattia o infortunio, per esempio, oppure parto e aborto, oppure ricoveri che non diano origine a intervento chirurgico. In particolare, sono certamente escluse

- condizioni derivanti da malattie o infortuni precedenti al contratto di assicurazione (anche se insorgono dopo la stipula della polizza). Sono coperte le conseguenze di malattie precedenti alla stipula, solo se sconosciute perché non evidenziate da accertamenti o visite;
- 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, anche se sconosciuti al momento della stipula del contratto
- 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.

Il premio

L'ammontare del premio che l'assicurato paga per poi usufruire dei rimborsi della polizza sanitaria, varia ovviamente da compagnia a compagnia e tiene conto di diverse variabili. Trattandosi di polizze sanitarie, quelle che contano di più sono le caratteristiche dell'assicurato. In particolare, le più importanti sono sesso, età, zona di residenza. Un soggetto più giovane pagherà un premio più basso rispetto a quello

previsto in un contratto assicurativo per una persona più anziana. Anche il rinnovo automatico tramite silenzio assenso, può in realtà fermarsi ad un certo limite di età.

Il “periodo di carenza” e i termini di prescrizione

È l’arco di tempo che intercorre tra la stipula del contratto di assicurazione sanitaria e l’effettiva decorrenza della polizza, nel corso del quale la compagnia “osserva” lo stato di salute dell’assicurato per essere certa che poi non vengano richiesti rimborsi per stati preesistenti. In questa fase, eventuali sinistri non saranno pagati dalla compagnia. Può durare da 9 a 10 mesi nel caso del rimborso di spese mediche; diverso la previsione per infortuni intercorsi nel periodo di carenza: in questo caso la compagnia rimborserà sia le spese mediche che eventuali interventi chirurgici.

Per quanto riguarda invece il cosiddetto termine di prescrizione, è necessario denunciare il sinistro e richiedere l’indennizzo entro un anno dal verificarsi del fatto.

N.B. per le polizze di invalidità, l’anno comincia non al verificarsi del sinistro o della malattia, ma parte dal momento della certificazione

dell'invalidità. Per le polizze di rimborso spese mediche, il termine parte dal momento in cui si fa ricorso alle cure mediche.

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; attenzione anche ad eventuali limiti di indennizzo per le spese di ricovero, e al fatto che il limite possa essere espresso in percentuale del massimale.

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. La franchigia può essere:

- **fissa o assoluta:** l'importo relativo viene detratto dalla somma dovuta come risarcimento. Se dunque l'ammontare dell'eventuale rimborso dovuto è pari alla franchigia, l'assicurazione non dovrà pagare nulla; per le prestazioni di importo superiore, sarà risarcita solo per la differenza tra importo complessivo e ammontare della franchigia;
- **semplice o relativa:** l'importo indicato in franchigia rappresenta la soglia fino alla quale l'agenzia di assicurazione non dovrà provvedere a corrispondere la prestazione all'assicurato; mentre le prestazioni di importo superiore alla franchigia dovranno essere risarcite integralmente all'assicurato senza detrazione della franchigia stessa.

Le polizze LTC

Molto diffuse già da tempo soprattutto negli Stati Uniti, vanno affermandosi anche nel nostro paese le polizze **Long Term Care**, cioè le polizze legate alla non autosufficienza in particolare quella dovuta all'età avanzata. Questo tipo di polizze risponde 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** o capitalizzazione: sono collegate al ramo vita delle assicurazioni, e 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 autosufficienza, 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**: si tratta di polizze legate al ramo malattia, e in questo caso il premio pagato annualmente copre eventi 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. In sostanza, la compagnia pagherà direttamente un servizio di assistenza e contatterà direttamente il fornitore: sulla base della certificazione del

medico, sarà definito il bisogno e individuata la prestazione. Il vantaggio sta nella possibilità di sconti da parte dei fornitori e della disponibilità di una gamma più ampia di servizi. Sono polizze rivolte a persone di età più avanzata, operano in base ad un principio di mutualità tra gli assicurati e certamente sono più economiche delle altre.

È possibile sottoscrivere, inoltre, le cosiddette polizze **“in point of need”**, cioè quando l’evento che provoca non autosufficienza si è già verificato. Per queste polizze il premio è particolarmente elevato, e pari alla rendita per la durata della vita residua dell’assicurato.

I premi sono legati in particolare all’età dell’assicurato: tanto maggiore sarà l’età nel momento in cui si sottoscrive la polizza, tanto più elevato sarà il premio. Tuttavia, poiché il rischio della non autosufficienza è valutato a monte, l’importo è generalmente costante negli anni. È possibile sottoscrivere formule **“a premio unico”**: in sostanza si paga una tantum e si è coperti per tutta la vita.

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.

Le polizze viaggio

Quando si va fuori dal proprio paese, per studio, lavoro o vacanza, si può incorrere in eventi che necessitano di assistenza: perdita dei bagagli, eventi legati alla situazione socio-politica del paese in cui si viaggia, e – appunto – malattie e infortuni. Si tratta di fatti ancora più delicati proprio perché si è lontani dalle situazioni abituali e spesso senza punti di riferimento. Perciò è utile stipulare quella che si chiama “polizza viaggio”.

La polizza viaggio 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.

La copertura può riguardare:

- assistenza sanitaria in loco;
- interventi chirurgici;
- rientro in patria anticipato;
- prolungamento del soggiorno, se necessario;

- invio di medicinali all'estero;
- viaggio di un familiare che possa assistere l'assicurato.

Non sono assicurati:

- i viaggiatori anziani (con più di 75 anni);
- le malattie psichiche, croniche e recidivanti;
- l'abuso di alcolici e stupefacenti;
- il suicidio dell'assicurato;
- i danni causati da sport a rischio;
- i danni causati da catastrofi naturali.

Stranieri in Italia

Molte compagnie assicurative, inoltre, prevedono **polizze ad hoc per i cittadini stranieri non comunitari che affrontino un periodo di permanenza in Italia più o meno lungo**. Queste polizze generalmente coprono i costi di rimpatrio nel proprio paese d'origine e i costi internazionale, e per chi ha un lavoro a tempo indeterminato possono arrivare fino a 150.000 euro e indennizzare le invalidità permanenti

CONCLUSIONI

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.

Se è vero che sarebbe bene stipulare una Assicurazione Sanitaria a Rimborso il più completa possibile, il premio assicurativo non dovrebbe mai essere tale da pesare troppo nel nostro bilancio familiare. È infatti possibile personalizzare qualsiasi polizza salute e integrare anche tra loro le tre tipologie classiche di assicurazione sanitaria, ovviamente il costo si eleva in proporzione...

Per quanto sembri ovvio vi assicuriamo che non in pochi casi l'assicurato è costretto a rescindere il contratto assicurativo o a ridurre le coperture e massimali per la difficoltà nel continuare a corrispondere il premio assicurativo.

Scegliere una assicurazione sanitaria, nel panorama dei prodotti offerti dalle varie compagnie assicurative, non è cosa semplice. Se poi vogliamo ottenere i massimi benefici contenendo i costi e quindi scovare l'assicurazione sanitaria più conveniente, allora la ricerca può trasformarsi in una piccola impresa..

Purtroppo è difficile indicare quale sia l'assicurazione sanitaria più conveniente perché i prodotti delle varie compagnie sono diversi e oltretutto, la maggior parte degli assicurati hanno le loro esigenze per voler personalizzare la propria polizza salute e sulle coperture aggiuntive, i prezzi tra le varie assicurazioni sono ancora più variabili.

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

RICORDATE.....

- Debbono 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 al dover far fronte alle spese per il parto** o per problemi relativi alla gravidanza e al periodo post-parto.
- **Non abbiate mai pigrizia nel leggere tutte le clausole di una Polizza Sanitaria prima di firmarla ...nè vergogna a fare tutte le domande che vogliate al vostro interlocutore affinché vi sciolga 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 pò 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.