EDUCAZIONE ASSICURATIVA

GUIDA PRATICA 3

LE ASSICURAZIONI MALATTIA

IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

Via del Quirinale, 21
00187 Roma - Italia

Telefono
+39 06 421331

Sito internet
http://www.ivass.it

Pubblicato *online* il 18 novembre 2013

ISSN 2283-5415 (*online*)

indice

indice

LE ASSICURAZIONI MALATTIA

1.1 Quali sono le garanzie offerte dai contratti malattia

Le **garanzie** generalmente offerte dalle polizze malattia sono:

- le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche (ramo danni);
- le assicurazioni per **invalidità permanente** da malattia (ramo danni);
- le assicurazioni per le indennità giornaliere da ricovero in casa di cura (ramo danni);
- le assicurazioni *Long Term Care* (ramo vita);
- le assicurazioni contro le malattie gravi, ossia *Dread desease* o *Critical Illness* (ramo vita).

Per la descrizione delle garanzie di ciascuna delle assicurazioni sopra elencate, che spesso si trovano anche abbinate in un'unica polizza, vedi il punto 1.3 "Cosa è bene sapere delle garanzie offerte dalle polizze malattia".

1.2 Come stipulare una polizza malattia

Le polizze malattia possono essere stipulate da:

- un singolo individuo che sottoscrive una **polizza individuale** per sé e/o per la propria famiglia a copertura di un rischio riferito ad uno o più soggetti individuati che fanno parte del nucleo familiare;

- un'azienda, un'associazione, una cassa di assistenza, etc. che, in qualità di contraente, sottoscrive una **polizza collettiva** a favore dei propri dipendenti, associati, assistiti o clienti, a copertura di un rischio riferito a tutti coloro che fanno parte di un gruppo omogeneo o ben definito.

1.2.1 Le polizze individuali

Se intendi assicurarti (ed eventualmente assicurare anche la tua famiglia) contro i rischi malattia, per fare la scelta migliore della tua polizza è utile mettere a confronto diverse proposte di imprese differenti, prendendo visione del **Fascicolo informativo** disponibile presso i punti vendita delle imprese e nei loro siti *internet* e che, in ogni caso, ti deve essere consegnato prima della sottoscrizione della polizza.

Ti segnalo, infatti, che le compagnie pubblicano obbligatoriamente nei propri siti *internet* il Fascicolo informativo delle polizze individuali, con la relativa documentazione, mantenendolo visibile fino alla conclusione della commercializzazione del prodotto.

Solitamente, prima della conclusione del contratto la compagnia, per raccogliere le informazioni che le sono necessarie per valutare il rischio che assume e quindi determinarne il **premio**, ti chiede di compilare un questionario sul tuo stato di salute, c.d. **questionario anamnestico** o questionario sanitario.
Con tale documento, l'impresa assicurativa chiede una serie di informazioni sul tuo stato di salute, sulle tue precedenti malattie e sugli infortuni già subiti.

Fai attenzione, non si tratta di una semplice formalità!

Se rendi dichiarazioni inesatte o reticenti puoi perdere totalmente o parzialmente il diritto all'indennizzo (vedi gli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile); il questionario ha anche la funzione di farti riflettere su malattie e menomazioni che conosci, ma delle quali potresti non essere in grado di apprezzare l'importanza, col rischio di compiere involontarie omissioni. Ad esempio, in caso di richiesta di conoscere eventuali precedenti interventi chirurgici, **ricorda sempre** che vanno dichiarati tutti, inclusi eventuali parti cesarei.

Ricorda quindi che è tuo interesse compilare il questionario personalmente e con molta attenzione: in caso di informazioni inesatte o incomplete sul tuo effettivo stato di salute, l'impresa ha il diritto di rifiutare il pagamento dell'indennizzo o di ridurne proporzionalmente l'ammontare.

1.2.2 Le polizze collettive

Se intendi assicurare contro i rischi malattia i tuoi dipendenti, associati, clienti, etc. - che assumeranno il ruolo di **assicurati** - dovrai sottoscrivere una polizza collettiva in qualità di **contraente**. Ricorda che in questo tipo di contratti le imprese di assicurazione, tra gli obblighi a tuo carico, indicano anche le modalità con le quali devi consegnare le **condizioni di assicurazione** agli assicurati, perché ne siano consapevoli, prima della loro adesione al contratto. Il questionario anamnestico (vedi punto 1.2.1 "Le polizze individuali"), se previsto, lo puoi proporre unitamente al modulo di adesione.

Per saperne di più vedi il regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 pubblicato nel sito dell'IVASS.

1.3 Cosa è bene sapere delle garanzie offerte dalle polizze malattia

Di seguito trovi una descrizione degli elementi caratteristici di ciascuna delle principali garanzie a copertura del rischio malattia e le principali avvertenze.

1.3.1 Le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche

Queste assicurazioni coprono le spese sostenute in occasione di un ricovero reso necessario da malattia o infortunio o a fronte di un intervento chirurgico, ancorché effettuato in regime ambulatoriale o di *day hospital*. Gli interventi chirurgici non motivati da malattia o infortunio (es. correzioni di malformazioni, chirurgia estetica) sono oggetto di esplicite esclusioni contrattuali (per saperne di più vedi il punto 2.1.5 "Le esclusioni").

In genere, quindi, salvo che non sia diversamente previsto nelle condizioni contrattuali, la **garanzia** non copre le malattie e gli infortuni che non danno luogo a ricovero o ad intervento chirurgico.

In particolare, queste polizze garantiscono il rimborso delle spese sostenute nei soli casi di ricovero o di intervento chirurgico causati da:
- malattia, intesa quale "alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio";
- infortunio, inteso quale "evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni obiettivamente constatabili";
- il parto (vedi il punto 2.1.8 "Il periodo di carenza contrattuale") e l'aborto terapeutico.

Fai attenzione a non confondere la garanzia di rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio con l'assicurazione contro gli infortuni, la cui polizza garantisce un **indennizzo** in caso di perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale della capacità dell'**assicurato** di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa (c.d. **invalidità permanente**). La polizza infortuni garantisce anche il caso di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo (c.d. **inabilità temporanea**). Sia l'invalidità che l'inabilità devono essere diretta conseguenza di un infortunio e non di una malattia, nelle accezioni sopra definite.
Nel caso in cui le spese mediche siano state totalmente sostenute dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), alcune polizze prevedono la corresponsione della c.d. "**diaria sostitutiva**". Si tratta di una somma fissa giornaliera per il periodo di ricovero che si protragga entro un limite massimo di giorni.

Nel caso di spese eccedenti quelle a carico del S.S.N., la compagnia rimborsa il maggiore importo tra la diaria giornaliera e le spese effettivamente sostenute. Sono tuttavia possibili anche schemi diversi.

Verifica nelle condizioni di polizza se, per aver diritto alla prestazione, è anche previsto un numero minimo di giorni di ricovero.

Ricorda infine che malattia e infortunio, salvo che non sia diversamente previsto nelle clausole contrattuali, rimangono condizioni essenziali di rimborsabilità, anche nel caso in cui siano coperte le spese per prestazioni diagnostiche e/o particolari terapie indipendenti da ricovero o da intervento chirurgico (per saperne di più vedi il punto 2.1.1 "Le spese rimborsabili").

1.3.2 Le assicurazioni per invalidità permanente da malattia

Queste assicurazioni coprono la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità lavorativa derivante da **invalidità permanente**, se conseguente a malattia - e non a infortunio (vedi le definizioni nel punto 1.3.1 "Le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche") - manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, ma entro la data di scadenza dello stesso.

Fai attenzione! Il momento della manifestazione della malattia, che deve avvenire nel periodo di validità del contratto, non è quello della manifestazione dell'**invalidità permanente**. Questo secondo momento può anche verificarsi oltre la data di scadenza del contratto, senza che l'**assicurato** perda il diritto alle prestazioni garantite dall'impresa assicurativa.

All'**assicurato**, in caso di **sinistro**, viene corrisposta una somma che non sarà mai superiore all'ammontare massimo fissato in polizza (c.d. capitale assicurato). Tale somma è determinata in funzione della percentuale di invalidità accertata e della c.d. percentuale di **indennizzo**, quest'ultima calcolata sul capitale assicurato.

Nella polizza trovi generalmente una tabella che offre indicazioni sulle correlazioni tra le due percentuali (se non presente, chiedila alla tua compagnia).

Presupposto per la liquidazione dell'indennizzo è pertanto la determinazione del grado di invalidità dell'assicurato, valutazione che dovrebbe essere fatta a fine malattia, ossia una volta stabilizzatisi i postumi.

Generalmente il contratto prevede un termine minimo prima del quale si ritiene altamente improbabile che i postumi possano essersi stabilizzati (es. 6 mesi dalla denuncia) ed un termine massimo entro il quale l'impresa deve comunque effettuare l'accertamento (es. 18 mesi dalla denuncia). In altri casi è previsto un termine unico (es. 12 mesi).

1.3.3 L'assicurazione di indennità giornaliera per ricovero in casa di cura

Questa assicurazione prevede la corresponsione all'**assicurato** di un importo predeterminato per ogni giorno di ricovero in un Istituto di cura, reso necessario da malattia o infortunio. L'indennità, indipendentemente dalle spese effettivamente sostenute dall'**assicurato**, serve ad integrare il mancato reddito derivante dall'impossibilità di svolgere la propria attività ed è cumulabile con le indennità corrisposte dall'I.N.P.S. o dall'I.N.A.I.L. per l'invalidità temporanea.

Per le definizioni vedi il punto 1.3.1 "Le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche".

1.3.4 L'assicurazione *Long Term Care* (LTC)

Questa assicurazione copre le spese derivanti dall'impossibilità di svolgere autonomamente le funzioni della vita quotidiana con conseguente menomazione dell'autosufficienza non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a **senescenza**. L'impresa garantisce generalmente una **rendita vitalizia** per tutto il tempo in cui l'**assicurato** rimane nello stato di non autosufficienza. Meno frequente è la previsione del rimborso totale o parziale delle spese sanitarie e assistenziali, del costo per l'assistenza o la stessa prestazione dell'assistenza in natura, nei limiti del massimale assicurato.

Ricorda che tale contratto non è rescindibile da parte della compagnia.

1.3.5 Le assicurazioni contro le malattie gravi (*Dread disease* o *Critical Illness*)

Queste assicurazioni coprono le necessità derivanti dal verificarsi di una delle gravi malattie tassativamente previste in polizza (es. infarto, cancro, cecità, ictus, insufficienza renale) con il pagamento di un capitale prefissato. La garanzia è spesso fornita in abbinamento a una assicurazione sulla vita che prevede la copertura in caso di morte.

COSA FARE PRIMA
DI SOTTOSCRIVERE UNA POLIZZA MALATTIA

Innanzitutto devi avere ben chiare le tue esigenze per valutare al meglio le caratteristiche delle polizze che ti vengono offerte.

È utile confrontare le condizioni di polizza di vari prodotti commercializzati da compagnie diverse: a tal fine vedi anche i punti 1.2.1 "Le polizze individuali" e 1.2.2 "Le polizze collettive" e ricorda che le coperture assicurative elencate al punto 1.3 "Cosa è bene sapere delle garanzie offerte dalle polizze malattia" possono essere variamente abbinate tra loro.

2.1 Quali sono gli aspetti ai quali prestare particolare attenzione

È opportuno prestare attenzione, oltre all'entità del premio da pagare, anche a quante e quali coperture sono garantite dall'impresa, quali sono invece escluse, quali importi massimi e quali limiti sono stabiliti per gli indennizzi che ti spettano e agli altri elementi elencati nei successivi sottopunti.

Ricorda, in ogni caso, che l'entità del premio è generalmente funzione dell'ampiezza delle garanzie offerte. È importante perciò che tu valuti le tue reali esigenze: pensa al tuo stile di vita, alla tua età, al tuo nucleo familiare, al tuo lavoro, al tuo tempo libero, etc., elementi che nessuno può conoscere meglio di te.

Solo tu sei in grado di selezionare le garanzie effettivamente più appropriate al tuo caso ed ottimizzare così il valore della tua polizza. Ricorda che puoi anche farti assistere dal tuo intermediario assicurativo.
Di seguito trovi indicazioni sugli aspetti ai quali prestare particolare attenzione.

2.1.1 Le spese rimborsabili

Se intendi assicurarti il rimborso delle eventuali spese mediche da sostenere in caso di necessità di ricovero o di un intervento chirurgico, fai attenzione a quelle che, in base alla polizza, resteranno a tuo carico e a quelle che verranno rimborsate solo a fronte del pagamento di un sovrapremio.

Leggi con attenzione le condizioni di polizza con riferimento al rimborso:

- delle spese principali di ricovero o per intervento chirurgico (es. rette di degenza), delle spese per accertamenti diagnostici, cure, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'*equipe* chirurgica, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;

- delle spese accessorie al ricovero o per particolari prestazioni (es. spese di trasporto con mezzi sanitari), delle spese di vitto e pernottamento di un accompagnatore con relativi limiti di tempo e di somma giornaliera e delle spese relative al prelievo e al trasporto di organi;

Per saperne di più vedi il punto 2.1.2 "I massimali e i limiti di indennizzo".

- delle spese precedenti o successive al ricovero o all'intervento chirurgico. Dopo la dimissione dalla casa di cura sono spesso necessari esami, visite di controllo, cure mediche. Condizioni per la rimborsabilità di queste spese è che siano sostenute entro un certo periodo, antecedente e successivo al ricovero o all'intervento, che varia da impresa ad impresa (es. da un minimo di 60 a un massimo di 120 giorni), e presentino una stretta connessione con la malattia o l'infortunio che hanno reso necessario il ricovero o l'intervento.

Per saperne di più vedi il punto 2.1.2 "I massimali e i limiti di indennizzo".

È spesso prevista una durata minima del ricovero (es. 3 giorni) o uno specifico limite di rimborsabilità, talora espresso in percentuale delle spese sostenute per il ricovero;

- delle spese indipendenti dal ricovero o dall'intervento chirurgico (con eventuale sovrapremio);

- delle prestazioni diagnostiche e/o particolari terapie (es. medicina nucleare, scintigrafia, risonanza magnetica...) rese necessarie da malattia o infortunio (salvo che non sia diversamente stabilito nelle condizioni contrattuali), che spesso prevedono scoperti e/o franchigie a carico dell'assicurato e massimali annui distinti e più contenuti.

2.1.2 I massimali e i limiti di indennizzo

Il massimale rappresenta la somma massima che la compagnia è disposta a risarcire per l'insieme dei sinistri coperti dalla polizza, verificatisi in un anno assicurativo; l'entità delle garanzie e il livello del massimale determinano la misura del premio che ti viene richiesto.

Il massimale annuo può riguardare, con riferimento ad una medesima polizza, ogni singolo assicurato (massimali per anno e per assicurato) o l'insieme degli assicurati che costituiscono un nucleo familiare (massimali per anno e per nucleo assicurato), ma sono presenti anche schemi diversi. Esistono poi anche polizze che prevedono un massimale illimitato, che incide però sensibilmente sull'entità del premio. Nel caso della garanzia rimborso spese mediche, qualora una stessa malattia dia luogo a più ricoveri a cavallo di due anni assicurativi, trattandosi di sinistri distinti, essi ricadranno nell'ambito dei massimali previsti per ciascun anno assicurativo in cui sono avvenuti.

Talune polizze prevedono oltre al massimale anche una serie di limiti di **indennizzo**, cioè una serie di somme massime, diverse e più basse rispetto al massimale complessivo, che l'assicuratore pagherà per ogni **sinistro** in relazione ad una singola garanzia o per una singola voce di spesa all'interno della stessa garanzia. Ad esempio, nell'ambito della garanzia rimborso spese mediche, limiti di **indennizzo** sono frequentemente previsti con riferimento alle spese accessorie al ricovero, come il trasporto da o per il luogo di cura, il costo di vitto e pernottamento di un eventuale accompagnatore, ma possono anche riguardare le spese precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico.

Per saperne di più vedi il punto 2.1.1 "Le spese rimborsabili".

Presta soprattutto attenzione alla previsione di limiti di **indennizzo** per le spese principali di ricovero o di intervento chirurgico relative ad interventi frequenti come appendiciti, varici, adenoiditi ecc.

Se il limite di **indennizzo** è espresso in percentuale del massimale assicurato, ad esempio il 10% di un massimale pari a 50.000 euro, il rimborso per spese di ricovero o di intervento non supererà i 5.000 euro.

Valuta, in caso di sinistri di piccola entità, se non sia per te più conveniente rinunciare al rimborso delle relative spese, sopportandole direttamente, per non intaccare il massimale e poterne interamente usufruire in caso di eventi più gravi e quindi più costosi.

2.1.3 Le convenzioni con le strutture sanitarie pubbliche e private

I contratti malattia possono prevedere che la copertura delle spese venga prestata in forma di assistenza diretta (nel qual caso il pagamento è direttamente a carico della compagnia) oppure con rimborso, da parte della compagnia, delle spese già sostenute dall'assicurato, a fronte di presentazione di fattura.

Nelle condizioni contrattuali e sul sito *internet* delle imprese che prestano l'assistenza diretta è pubblicato l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.
Talvolta le compagnie offrono la possibilità di optare per una struttura o un medico non convenzionati: fai attenzione se ciò comporta una esclusione o la riduzione delle spese rimborsabili (per saperne di più vedi il punto 2.1.5 "Le esclusioni").

Attenzione! L'elenco è spesso presente anche nei contratti che prevedono il pagamento delle prestazioni sanitarie da parte dell'assicurato e il successivo rimborso della compagnia.

Verifica con attenzione (nel sito *internet* delle imprese) l'elenco delle strutture convenzionate perché in corso di contratto queste potrebbero cambiare e/o variare di numero.

In caso di sinistro **presta particolare attenzione ai contenuti della convenzione**: se questa riguarda solo la clinica o anche i medici che vi operano o anche una sola parte di essi.
È quindi importante che prima di richiedere la prestazione sanitaria tu abbia verificato che il medico cui ti rivolgi sia compreso nell'elenco dei medici convenzionati che operano presso la struttura da te prescelta.
Solo in questo caso non dovrai sostenere costi (se la polizza prevede l'assistenza diretta), altrimenti dovrai affrontare la spesa che ti verrà rimborsata solo a cartella clinica chiusa.

Al momento del sinistro ricorda anche di seguire esattamente la procedura prevista nelle condizioni contrattuali per ottenere l'indennizzo ed evitare contestazioni da parte della compagnia.

2.1.4 Le franchigie e gli scoperti

La **franchigia** è un importo in valore assoluto che resta a carico dell'assicurato e può essere fissata in rapporto ad ogni sinistro o ad ogni periodo di assicurazione. Essendo espressa in valore assoluto (es. 500 euro) incide in modo particolare sulle prestazioni di importo contenuto. Può essere di due tipi:

- **fissa o assoluta**

In questo caso l'importo della franchigia è sempre detratto dalla somma dovuta come risarcimento, sicché per le spese di importo inferiore o uguale a quello di franchigia la compagnia non è tenuta ad alcun risarcimento; le spese di importo superiore saranno risarcite solo per la parte eccedente;

- **semplice o relativa**

In questo caso l'importo della franchigia rappresenta la soglia fino alla quale la compagnia non sarà tenuta ad alcuna prestazione, mentre le spese di importo superiore saranno risarcite integralmente, senza detrazione alcuna.

Nell'assicurazione di **invalidità permanente** la franchigia viene espressa in percentuale di invalidità (es. 25%) che viene detratta dal grado di invalidità riconosciuto all'assicurato. Quindi, nell'esempio fatto, se la franchigia è assoluta, nulla sarà dovuto dalla compagnia per invalidità fino al 25%.
Per invalidità superiori verrà risarcita solo la parte eccedente la franchigia (es. per invalidità del 26% sarà risarcito un solo punto di invalidità).

Lo **scoperto** è una percentuale dell'importo complessivo del **sinistro** che rimane a carico dell'assicurato; essendo espresso in valore percentuale (es. 10%), incide poco sulle piccole prestazioni poiché lascia a carico dell'assicurato un importo modesto, mentre incide sensibilmente su quelle di importo elevato.

Ricorda, in ogni caso, che la Nota informativa deve contenere un'esplicita avvertenza su eventuali franchigie e scoperti (per saperne di più vedi il regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 pubblicato nel sito dell'IVASS).

2.1.5 Le esclusioni

Fai attenzione alle clausole concernenti le garanzie escluse.

In linea generale sono escluse dalla copertura le conseguenze di situazioni patologiche anteriori alla stipulazione della polizza che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi e che, per questo, siano da presumersi conosciute dal **contraente**; sono escluse anche le conseguenze di infortuni avvenuti in precedenza e taciuti con dolo o colpa grave all'atto del contratto.

In assenza di dolo o colpa grave viene applicato invece l'art. 1893 c.c. che prevede la riduzione proporzionale dell'**indennizzo**.

Le malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, ma non conosciute perché non evidenziate da cure, esami o diagnosi, sono generalmente coperte, sia pure con l'applicazione di un termine di aspettativa.

Per saperne di più vedi il punto 2.1.8 "Il periodo di carenza contrattuale".

Fai però attenzione all'eventualità che l'esclusione non riguardi anche specifiche patologie pregresse non conosciute.

Tieni conto anche di altre specifiche esclusioni che possono essere previste nelle condizioni di polizza, quali ad esempio:

- le prestazioni aventi finalità estetiche (ciò a motivo della volontarietà del ricovero, salvo ovviamente gli interventi di chirurgia plastica resi necessari da infortunio);
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le cure dentarie (a meno che non siano conseguenti a infortunio); alcune compagnie, tuttavia, riconoscono tale copertura a fronte di un premio più elevato;
- le malattie mentali;
- le conseguenze di comportamenti volontari e/o contrari alla legge (es. infortuni conseguenti ad atti dolosi ovvero infortuni e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci, stupefacenti);
- l'acquisto, manutenzione e riparazione di protesi (salvo quelle applicate nel corso di un intervento chirurgico);
- l'eliminazione o la riduzione di difetti fisici e di malformazioni. In questo caso è importante capire se l'esclusione è limitata alle sole situazioni non conosciute al momento della stipula del contratto (cioè a quelle non obiettivamente visibili

e clinicamente non diagnosticate prima della stipulazione) o è invece estesa anche a difetti congeniti preesistenti. Se così fosse, la compagnia potrebbe rifiutarsi di risarcire le spese (ad esempio per l'eliminazione di un difetto cardiaco) anche se l'assicurato ne era portatore inconscio.

Nel caso siano coperte le spese per precise prestazioni diagnostiche e/o per particolari terapie, indipendentemente dal ricovero o dall'intervento chirurgico, ricorda che condizione per la loro rimborsabilità, salvo che non sia diversamente previsto nelle condizioni contrattuali, rimane l'esistenza di una malattia. Detta circostanza è implicita per le terapie ma non per gli accertamenti diagnostici. Tieni quindi conto del fatto che, in genere, se non è dimostrata l'esistenza di una malattia le spese non vengono rimborsate.

Fai attenzione anche alle appendici di esclusione che eventualmente ti vengano proposte nel corso di un contratto pluriennale: se le sottoscrivi, accetti che da quel momento in poi determinate garanzie siano escluse dalla copertura.

Presta anche attenzione all'eventuale presenza della clausola che qualifica il diritto all'indennità per invalidità permanente come personale ed esclude ogni diritto per gli eredi.

In virtù di tale clausola, in caso di morte dell'assicurato, l'indennità per invalidità eventualmente maturata ma non ancora corrisposta dall'impresa assicurativa non potrà essere richiesta dagli eredi. Una clausola siffatta deve formare oggetto di specifica e separata approvazione per iscritto.

Non confondere la condizione relativa all'esclusione dalla garanzia di una determinata prestazione con la condizione che prevede l'inassicurabilità di alcune categorie di persone come ad esempio gli alcolisti, i tossicodipendenti, i malati di AIDS, le persone affette da infermità mentali. Per costoro la garanzia non opera, indipendentemente dalla prestazione richiesta. Ciò vuol dire, salvo diversa pattuizione, che qualora una di tali affezioni si manifesti nel corso del contratto, il contraente perde il requisito dell'assicurabilità, la garanzia non è più operativa e la compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione.

In ogni caso, le informazioni riguardanti eventuali limitazioni ed esclusioni relative alle coperture assicurative offerte sono indicate con una specifica avvertenza nella Nota informativa (per saperne di più vedi il regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 pubblicato nel sito dell'IVASS).

2.1.6 La durata del contratto

Fai attenzione alla durata della copertura che ti viene offerta (es. uno, due o più anni) e ricorda, in particolare, i seguenti 5 punti:

1) per i contratti di durata poliennale stipulati sino al 15 agosto 2009 puoi esercitare annualmente la facoltà di **recesso** anticipato con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura;

Per saperne di più vedi il punto 2.1.9 "Il recesso".

2) per i contratti di durata poliennale stipulati dopo il 15 agosto 2009 puoi esercitare annualmente la facoltà di recesso anticipato con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale a condizione che, al momento del recesso, siano trascorsi almeno 5 anni dalla stipulazione del contratto, ossia siano state pagate almeno 5 annualità di **premio**;

Ricordati che le condizioni contrattuali devono precisare se, alla scadenza pattuita, il contratto è soggetto a proroga tacita in mancanza di disdetta esercitata dall'assicurato o dalla compagnia entro un certo termine, oppure se si risolve automaticamente.

3) nelle condizioni di polizza deve essere riportato il termine di preavviso entro il quale devi formulare la **disdetta**;

4) nelle condizioni di polizza, in caso di proroga tacita, deve altresì essere indicata la durata del periodo di proroga, che non può comunque essere superiore a 2 anni;

5) rispetta le scadenze di pagamento dei premi successivi al primo: in caso di mancato pagamento, la legge prevede la sospensione della copertura a partire dal quindicesimo giorno successivo alla scadenza e la riattivazione dalle ore 24.00 del giorno in cui pagherai nuovamente il premio.

2.1.7 L'età assicurabile

Generalmente le imprese offrono le polizze malattia prevedendo limiti massimi di età; possono cioè rifiutarsi di assicurare una persona che abbia già compiuto una determinata età (es. 70 anni).

Tuttavia, una volta stipulata la polizza, la compagnia non può far valere la cessazione automatica della copertura quando l'assicurato, in corso di contratto, raggiunge l'età massima assicurabile (per saperne di più vedi il regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 pubblicato nel sito dell'IVASS).

Per i contratti stipulati prima del maggio 2010 che prevedono la clausola di cessazione automatica della garanzia, il rischio è considerato coperto se l'assicurato ha continuato a pagare il premio anche oltre il limite di età assicurabile e l'impresa non glielo ha restituito.

2.1.8 Il periodo di carenza contrattuale

Le condizioni di polizza solitamente prevedono un termine di aspettativa, ossia un periodo iniziale che decorre dalla data di validità del contratto, durante il quale l'eventuale sinistro non è in garanzia.

Fai quindi attenzione: verifica sempre se la tua polizza prevede un termine di aspettativa perché, se il sinistro si verifica durante tale periodo, non hai maturato il diritto di ottenere alcun risarcimento.

Ad esempio, nel caso dell'assicurazione rimborso spese mediche, il parto è sempre subordinato ad un termine di aspettativa, che ordinariamente va dai 270 (9 mesi) ai 300 giorni (10 mesi) dalla decorrenza del contratto; ciò vale a dire che la compagnia non pagherà le spese per il parto se questo avviene nei primi nove (o dieci) mesi dalla decorrenza della polizza; in altre parole, l'assicurato non deve trovarsi in stato interessante al momento della stipulazione della polizza.

L'infortunio, invece, non è generalmente sottoposto a termini di aspettativa, essendo per definizione un evento improvviso e violento: le spese sostenute per il ricovero o l'intervento chirurgico ad esso conseguenti sono rimborsate anche se l'infortunio - con il connesso ricovero o intervento - è avvenuto subito dopo la decorrenza della polizza.

Per saperne di più vedi il punto 2.1.1 "Le spese rimborsabili".

Per le malattie pregresse, conseguenza o espressione di **patologie già insorte prima della stipulazione della polizza, ma non ancora conosciute dall'assicurato**, il termine di aspettativa è solitamente di 180 giorni per la garanzia rimborso spese mediche e di 90 per la copertura dell'**invalidità permanente**. Ti verranno indennizzate, pertanto, solo le spese e l'invalidità connesse a malattie che si sono manifestate successivamente a tali termini.

Fai quindi attenzione alle conseguenze previste dal Codice Civile (artt. 1892 e 1893) in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti (per saperne di più vedi il punto 1.2.1. in relazione al questionario anamnestico).

Talvolta è ammesso il rimborso delle spese mediche con un termine di aspettativa di 180 giorni anche per **malattie in atto o pregresse, dichiarate dall'assicurato ed accettate dalla compagnia** la quale, evidentemente, le valuta come in via di risoluzione o con bassa probabilità di recidiva.
Per le malattie insorte dopo la stipulazione della polizza, il termine di aspettativa nel caso di garanzia rimborso spese mediche è in genere di 30 giorni, mentre è di 90 per la copertura dell'invalidità permanente: non saranno quindi risarcite le spese e le invalidità conseguenti a patologie che si manifestino rispettivamente nel primo mese o nei primi tre mesi dalla stipula del contratto.

Presta quindi attenzione al riferimento nelle condizioni contrattuali ai termini "insorgenza" ovvero "manifestazione della malattia", in ragione delle rilevanti conseguenze che potrebbero derivarne sulla risarcibilità.

Se nel corso del rapporto contrattuale interviene la sostituzione o una variazione della polizza, ad esempio per aumentare i massimali o per inserire garanzie aggiuntive, fai attenzione al momento a partire dal quale sei coperto fino a massimali più elevati o godi delle nuove garanzie. Anche l'efficacia delle garanzie aggiuntive può essere difatti subordinata al decorrere di un autonomo termine di aspettativa, che parte dal pagamento della nuova polizza.

Ricorda, in ogni caso, che la Nota informativa deve contenere un'esplicita avvertenza sui periodi di carenza contrattuale con rinvio agli specifici articoli delle condizioni contrattuali.

Per saperne di più vedi il regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 pubblicato nel sito dell'IVASS.

2.1.9 Il recesso

Il recesso è la facoltà, riconosciuta al contraente, all'impresa o ad entrambi, di concludere il contratto anticipatamente rispetto alla data naturale di scadenza, senza incorrere in penali.

Dall'entrata in vigore del regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 (pubblicato nel sito dell'IVASS) le imprese non possono più prevedere nei contratti la clausola di recesso in caso di sinistro.
Ricorda che, per i contratti in corso, la clausola che prevede la facoltà di recesso da parte della sola impresa è considerata vessatoria ai sensi del Codice Civile ed è quindi nulla.

La giurisprudenza inoltre ha riconosciuto che anche la facoltà di recesso bilaterale, prevista cioè sia da parte della compagnia che del **contraente/assicurato**, è sostanzialmente vessatoria, poiché la bilateralità non riesce di fatto a superare lo squilibrio di potere esistente tra le posizioni delle parti. Ad esempio, in una polizza di indennità giornaliera per ricovero in casa di cura, qualora non sia stata oggetto di specifica trattativa, è considerata nulla la clausola che preveda il diritto di recesso (sia per l'impresa che per l'assicurato) in caso di denuncia e successiva liquidazione di un sinistro.

Per le polizze malattia i cui contratti poliennali o annuali prevedono l'obbligo di rinnovo alla scadenza a carico della compagnia (e per le quali la compagnia stessa costituisce la c.d. "riserva di senescenza", cioè un fondo che compensa, a parità di premio, l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assicurati) il Codice delle Assicurazioni consente alla compagnia il recesso in caso di sinistro esclusivamente nei primi due anni dalla stipulazione del contratto.

2.1.10 Il termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto malattia

Il Codice Civile stabilisce che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione malattia si prescrivono nel termine di due anni dal verificarsi dell'evento su cui il diritto si fonda, ovverosia dal sinistro, che è variamente individuato a seconda del tipo di copertura.

Per l'individuazione dei termini di **prescrizione**, tieni conto di quanto segue:

- nella garanzia per invalidità permanente, il sinistro coincide con il momento in cui è accertata l'invalidità conseguente alla malattia e non con quello in cui si è manifestata la malattia stessa. È questo il momento in cui nasce il diritto all'indennizzo e dal quale decorre la prescrizione;
- nella garanzia rimborso spese mediche, per sinistro deve intendersi il ricorso alle prestazioni sanitarie (per ricovero dovuto a malattia o infortunio ovvero per intervento chirurgico, dei quali si garantisce il rimborso delle spese) e non l'evento attinente la salute. Ne consegue che ove una sola malattia abbia causato più ricoveri e quindi più esborsi, vi saranno tanti sinistri quanti sono i ricoveri.

Ricorda quindi di chiedere l'indennizzo entro e non oltre due anni dal giorno in cui si è verificato il sinistro. Tieni presente che dal momento della richiesta di indennizzo inizia a decorrere un nuovo termine di prescrizione biennale: abbi cura, pertanto, di interromperlo, mediante l'invio di una raccomandata A/R, nel caso in cui l'istruttoria per la liquidazione dell'indennizzo si protragga per molto tempo.

Per maggiori informazioni consulta la Nota informativa inserita nel Fascicolo informativo, pubblicato anche nei siti *internet* delle imprese.

2.1.11 L'arbitrato

È un metodo alternativo di risoluzione delle controversie civili e commerciali, attraverso l'affidamento di un incarico ad uno o più soggetti terzi rispetto alla controversia, ossia gli arbitri.

La possibilità di ricorrere all'arbitrato, in genere, viene prevista da apposita clausola contrattuale.
Ti segnalo che l'arbitrato è comunque facoltativo e che pertanto puoi anche rivolgerti direttamente all'Autorità giudiziaria.
Per rendere più agevole la difesa delle tue ragioni, il regolamento n. 35 del 26 maggio 2010 (pubblicato nel sito dell'IVASS) obbliga le imprese ad indicare nelle condizioni di polizza, quale luogo di svolgimento dell'arbitrato, la città sede

dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli all'assicurato stesso.

Nota Bene: tale disposizione si applica anche nei casi in cui l'assicurato non sia il contraente della polizza.

2.1.12 Il Foro competente

Il Foro competente, ossia l'Autorità giudiziaria competente per le controversie tra assicurato e compagnia, è quello che ha sede nella stessa località di residenza o domicilio dell'assicurato. La legge considera vessatoria, e quindi nulla, la clausola contrattuale che stabilisce una località diversa.

DA CHI TI PUOI ASSICURARE

La vendita di un contratto di assicurazione malattia può avvenire direttamente presso le imprese di assicurazione (e i loro diretti collaboratori) oppure tramite gli intermediari iscritti nel **Registro Unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI)** e nell'Elenco degli intermediari comunitari annesso al Registro.

3.1 Come scegliere la compagnia di assicurazione

Il settore assicurativo è sottoposto ai controlli previsti dalla legge e, in particolare, alla vigilanza dell'IVASS (l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni); le imprese di assicurazione per poter operare devono essere dotate di specifica autorizzazione/abilitazione rilasciata dall'Istituto.
Gli elenchi delle imprese di assicurazione italiane ed estere autorizzate o abilitate ad operare in Italia sono disponibili nel sito *internet* dell'IVASS (nell'area "Per i consumatori", tra i "Quick Link", alla voce "Albi imprese").

Prima di sottoscrivere un contratto verifica sempre che la denominazione della compagnia corrisponda esattamente ad una di quelle presenti nel suddetto Albo. Qualora la tua scelta ricada su una società estera con sede in un Paese dell'Unione Europea, devi tener presente che la legislazione applicabile al contratto, obbligatoriamente indicata nella Nota informativa, può non essere quella italiana.

Per saperne di più vedi il regolamento n. 34 del 19 marzo 2010 pubblicato nel sito dell'IVASS.

Se il contratto è stipulato tramite tecnica di comunicazione a distanza, ossia telefono, *internet*, (per saperne di più vedi il punto 3.3 "I contratti stipulati via telefono o via *internet*"), ti segnalo che ti deve essere comunque riconosciuta la tutela prevista dalla legge italiana in materia di informativa precontrattuale.

3.2 Quali sono gli intermediari assicurativi ai quali ti puoi rivolgere

Il collocamento di un contratto di assicurazione malattia può avvenire anche attraverso intermediari assicurativi, ossia i soggetti che professionalmente presentano o propongono prodotti assicurativi e riassicurativi, prestano assistenza e consulenza finalizzata a tale attività e collaborano alla gestione e all'esecuzione dei contratti stipulati.

Tali intermediari, iscritti in una delle cinque sezioni del Registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) sono:

- gli agenti, i broker (sezioni A e B) e i loro collaboratori (sezione E);
- i produttori diretti delle imprese (sezione C);
- gli intermediari finanziari, le **SIM**, le banche, gli uffici postali (sezione D) e i loro collaboratori (sezione E).

Ti segnalo che gli addetti all'attività di intermediazione che operano all'interno dei locali di un intermediario iscritto non hanno obbligo di iscrizione al RUI mentre gli intermediari comunitari hanno l'obbligo di iscriversi nell'Elenco annesso al RUI.

In occasione del primo contatto l'intermediario deve consegnarti un documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento ai quali si deve attenere e, prima della sottoscrizione della proposta, ti deve consegnare una dichiarazione dalla quale risultino i suoi dati essenziali (nome, cognome, recapito telefonico, denominazione della società per la quale opera, etc.). Per saperne di più vedi i regolamenti n. 5 del 16 ottobre 2006 e n. 34 del 19 marzo 2010 pubblicati nel sito dell'IVASS.

Verifica sempre che l'intermediario con il quale entri in contatto sia iscritto in una delle 5 sezioni del RUI o nell'Elenco annesso, pubblicati nel sito dell'IVASS nell'area "Per i Consumatori", tra i "Quick Link", alle voci "Registro Unico Intermediari" e "Elenco Intermediari dell'Unione Europea).

Prima di sottoscrivere un contratto di assicurazione, **verifica sempre la qualifica professionale dell'intermediario e il rapporto che intrattiene con l'impresa che offre la prestazione**.

In alcuni casi si sono sviluppate reti di vendita particolarmente capillari denominate *multilevel marketing* o *network marketing*, in cui, tra l'altro, il venditore procaccia clienti che possono diventare a loro volta venditori e percepisce una remunerazione sia sul contratto direttamente venduto che sui contratti venduti dagli altri componenti la rete che egli stesso ha arruolato.

I soggetti che coordinano la rete devono avere un regolare mandato agenziale e ogni componente della rete stessa deve essere iscritto nel RUI.

La presentazione dei contratti può avvenire esclusivamente con modulistica predisposta dall'impresa ed il contenuto delle proposte di assicurazione, preventivamente numerate, non può essere modificato.

Per saperne di più vedi il regolamento n. 5 del 16 ottobre 2006 pubblicato nel sito dell'IVASS.

All'atto dell'accettazione della proposta o al momento della trasmissione della polizza definitiva, ti devono essere indicati, per iscritto, la struttura o il numero verde cui rivolgerti per ottenere l'assistenza post-vendita.

3.3 I contratti stipulati via telefono o via *internet*

Se concludi un **contratto a distanza** (es. *telemarketing* o tramite *internet*), ricorda che prima della stipulazione ti dovranno essere forniti (e quindi potrai pretendere) le informazioni e i documenti che acquisiresti presso un punto vendita dell'impresa o un intermediario assicurativo, ossia:

a. l'informativa precontrattuale prevista per tutti i tipi di contratti, con i dati essenziali degli intermediari (ad es. numero e data di iscrizione nel Registro unico degli intermediari assicurativi, con indicazione della qualità in cui opera; potenziali situazioni di conflitto di interessi connesse alla detenzione di partecipazioni in un'impresa di assicurazioni o viceversa; eventuale obbligo di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione);

b. le seguenti informazioni:

- le principali caratteristiche del servizio o del prodotto che ti viene offerto;
- l'ammontare del premio totale, compresi i relativi oneri, commissioni, spese ed imposte, che dovrai corrispondere;
- qualsiasi costo specifico aggiuntivo relativo all'utilizzazione della tecnica a distanza;
- le modalità di ricezione e trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale;
- le modalità di sottoscrizione e ritrasmissione del contratto; ricorda che, comunque, entro 5 giorni dalla conclusione del contratto, l'impresa è tenuta ad inviarti il contratto stesso per la sottoscrizione.

Nel caso di vendita tramite *call center*, hai sempre diritto di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento del prodotto; ti dovrà inoltre essere trasmesso un

riepilogo dei principali obblighi di comportamento dell'intermediario, quali ad esempio l'obbligo di proporre contratti adeguati alle tue esigenze di copertura assicurativa (per saperne di più vedi i regolamenti n. 5 del 16 ottobre 2006 e n. 34 del 19 marzo 2010 pubblicati nel sito dell'IVASS).

Nei contratti conclusi a distanza il contraente è titolare di un diritto al ripensamento che gli consente di recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data della conclusione ovvero dalla data in cui riceve le condizioni di polizza o le informazioni contrattuali, se successiva. Leggi con attenzione la Nota informativa.

IL PAGAMENTO DEL PREMIO

4.1 I mezzi di pagamento del premio di assicurazione

Puoi pagare il premio con diverse modalità.

Attenzione! La normativa assicurativa consente di pagare il premio in contanti solo per importi fino a 750 euro annui per ciascun contratto dei rami danni; in tal caso all'atto del pagamento pretendi il contestuale rilascio della quietanza firmata (per saperne di più vedi il regolamento n. 5 del 16 ottobre 2006 pubblicato nel sito dell'IVASS). Per le polizze del ramo vita non è ammesso il pagamento in contanti.

Ricorda che il pagamento del premio può avvenire con assegno bancario, postale o circolare intestato all'impresa, oppure intestato all'intermediario espressamente

in tale qualità (ad es. assegno intestato a: Mario Bianchi, agente dell'Alfa Assicurazioni S.p.A.), ovvero con ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'intermediario o l'impresa.
Controlla quali sono nello specifico i mezzi di pagamento consentiti da ciascuna impresa, indicati nella Nota informativa.

4.2 Qual è il documento che attesta l'avvenuto pagamento del premio

La quietanza è la prova di avvenuto pagamento del premio e può essere costituita, ad esempio, dalla ricevuta rilasciata su carta intestata dell'impresa di assicurazione o dall'estratto di conto corrente bancario comprovante l'accredito all'impresa di assicurazione (RID bancario) o anche dalla ricevuta del pagamento tramite conto corrente postale, in cui dovrà essere esplicitata la causale.

COME PRESENTARE RECLAMO

Qualora tu non ti ritenga soddisfatto del rapporto instaurato con un'impresa di assicurazione italiana o estera operante in Italia puoi presentare un reclamo.

Per saperne di più consulta la Guida pratica IVASS n. 4 "Presentazione dei Reclami" oppure consulta la "Guida ai Reclami" sul sito dell'IVASS.

MINI GLOSSARIO

ASSICURATO

La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché il titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le clausole di un contratto di assicurazione che disciplinano, tra l'altro, il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia e la durata del contratto; possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e ne gestisce tutti gli adempimenti amministrativi.

CONTRATTO A DISTANZA

Il contratto assicurativo concluso attraverso tecniche di comunicazione a distanza (ad esempio telefono, *internet*), ovvero senza la presenza fisica e simultanea, nello stesso luogo, dell'impresa e del consumatore.

DISDETTA

La comunicazione che il contraente è tenuto ad inviare alla compagnia, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la proroga tacita del contratto di assicurazione, se prevista dalle condizioni di polizza.

FASCICOLO INFORMATIVO

I documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto, utili per una valutazione completa del prodotto offerto. Il Fascicolo informativo contiene i seguenti documenti precontrattuali e contrattuali:

a) Nota informativa, comprensiva del glossario;

b) Condizioni di assicurazione;

c) Modulo di polizza o, ove previsto, modulo di proposta.

GARANZIA

La copertura del rischio, che viene individuato in polizza.

INABILITÀ TEMPORANEA

L'incapacità totale o parziale di attendere alle proprie occupazioni per un periodo di tempo limitato.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

NOTA INFORMATIVA

Il documento che la compagnia deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto; contiene le informazioni relative all'impresa di assicurazione e al contratto (garanzie ed opzioni, durata, modalità di versamento dei premi, regime fiscale, legislazione applicabile, reclami in merito al contratto, ecc.).

PREMIO

Il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla compagnia. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia stessa.

PRESCRIZIONE

L'estinzione di un diritto non esercitato dal titolare per un periodo di tempo stabilito dalla legge. Per i diritti derivanti da un contratto di assicurazione malattia il termine di prescrizione è di 2 anni.

SENESCENZA

Il processo naturale di invecchiamento dell'organismo, che comporta il progressivo decadimento delle funzioni organiche e l'alterazione anatomica degli organi e dei tessuti.

SIM (Società di Intermediazione Mobiliare)

Le società autorizzate a prestare i servizi d'investimento in strumenti finanziari, ossia la negoziazione per conto proprio e conto terzi, il collocamento, la gestione su base individuale di portafogli d'investimento per conto terzi e la ricezione e trasmissione di ordini.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.