



L'ASSICURAZIONE IN CHIARO

L'assicurazione **SALUTE**





Responsabile del progetto

Giacomo Carbonari

Redazione testi ed editing

Luigi Di Falco

Carlo Conforti

Matteo Avico

Grafica e illustrazioni

Donatella Novelli

Contenuti aggiornati a luglio 2018

Anno di pubblicazione 2018

Copyright Forum ANIA - Consumatori

La riproduzione anche parziale di testi e disegni della presente pubblicazione è consentita solo citando la fonte.

INTRODUZIONE

Uno degli shock esogeni e inattesi che possono mettere a repentaglio la stabilità finanziaria di una famiglia sono le spese sanitarie conseguenti alla malattia di uno dei suoi componenti.

Si tratta di spese spesso incomprimibili o difficilmente rinviabili che, quando se ne presenta la necessità, possono essere affrontate grazie a schemi assicurativi che permettono di sopportarne con maggiore facilità il peso economico, preservando così l'equilibrio finanziario della propria famiglia.

Obiettivo di questa guida è illustrare in modo semplice e chiaro le differenti tipologie di polizze per la salute, spiegando come funzionano le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche, le forme indennitarie, quelle che ci tutelano in caso di malattie gravi e le coperture che offrono sostegno economico a chi necessita di assistenza perché non più autosufficiente.

All'interno del volume vengono inoltre approfonditi alcuni aspetti particolari di questa assicurazione, come il questionario anamnestico, i periodi di carenza ed esclusione, i servizi che possono integrare la copertura (per esempio, le diverse forme di assistenza e supporto), nonché la normativa fiscale e le relative agevolazioni per chi possiede questo tipo di polizza.



Il Forum ANIA - Consumatori è una fondazione costituita da ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) che ha l'obiettivo di facilitare e rendere ancor più costruttivo e sistematico il dialogo tra le imprese di assicurazione e i consumatori. Si avvale della partecipazione di rappresentanti delle imprese, delle associazioni dei consumatori, nonché di autorevoli personalità indipendenti dal settore assicurativo.

Fanno parte della fondazione e siedono nel suo organo direttivo nove associazioni dei consumatori rappresentative a livello nazionale: Adiconsum, Adoc, Cittadinanzattiva, Codacons, Federconsumatori, Lega Consumatori, Movimento Consumatori, Movimento Difesa del Cittadino, Unione Nazionale Consumatori.

Cultura assicurativa

Uno degli scopi statutari del Forum è sviluppare iniziative di informazione ed educazione sui temi assicurativi per consentire scelte consapevoli da parte dei consumatori. Perseguendo tale finalità, la fondazione realizza questa collana di guide assicurative che ha l'obiettivo di illustrare con un linguaggio semplice e concreto i temi assicurativi di maggiore interesse per i cittadini. Il Forum, inoltre, sviluppa il programma educativo Io&irischi, incentrato su cosa sono i rischi e su come questi possono essere affrontati mediante la prevenzione e la mutualità. Il tutto con l'ambizioso obiettivo di diffondere la cultura assicurativa nelle scuole e nelle famiglie italiane (www.ioeirischi.it).



Welfare

Assicuratori e consumatori conducono all'interno del Forum un confronto sull'attuale modello di welfare, sui nuovi assetti che si vanno delineando e sul ruolo sociale dell'assicurazione. Perseguendo questo scopo, il Forum realizza indagini sugli scenari del welfare e le sue prospettive, sviluppa un monitoraggio costante sui fattori che causano la vulnerabilità economica delle famiglie italiane, realizzando queste attività in partnership con i maggiori centri di ricerca sociale e con le più prestigiose università nazionali. Il Forum ANIA - Consumatori partecipa anche al laboratorio di ricerca "Percorsi di secondo welfare", che si propone di ampliare e diffondere il dibattito sulle esperienze innovative nel campo del welfare.

Il Forum ANIA - Consumatori, inoltre, sviluppa numerose iniziative determinate da accordi tra ANIA e associazioni dei consumatori, finalizzate al miglioramento del servizio assicurativo. Tra queste vanno evidenziate la procedura di conciliazione per le controversie r.c. auto e le proposte volte al miglioramento della trasparenza nei contratti assicurativi.

La sistematicità del confronto tra le parti all'interno del Forum consente infine di affrontare temi rilevanti e attuali per imprese e consumatori, come il tema delle catastrofi naturali e delle eventuali soluzioni assicurative finalizzate a gestirne i costi.

www.forumaniaconsumatori.it



INDICE

-  **1 La sanità in Italia** pag. 6
- I Livelli Essenziali di Assistenza
 - La pianificazione sanitaria nazionale e regionale
 - Il pilastro sanitario privato complementare
 - Perché tutelarsi?
-  **2 Le assicurazioni sulla salute** pag. 14
- Il quadro normativo
 - I rischi compresi
 - Carenze ed esclusioni
 - Questionario e dichiarazioni sul rischio
-  **3 L'assicurazione per il rimborso delle spese mediche** pag. 22
- Rimborso spese ospedaliere e interventi chirurgici
 - Rimborso visite specialistiche ed esami diagnostici
-  **4 Le assicurazioni indennitarie** pag. 28
- A tutela del proprio lavoro
 - L'indennità da ricovero
 - L'invalidità permanente
-  **5 L'assicurazione contro le malattie gravi** pag. 34
- Le principali caratteristiche
 - Le principali imitazioni ed esclusioni



6 L'assicurazione per la perdita di autosufficienza (LTC) pag. 40

- Le principali caratteristiche
- Le principali limitazioni ed esclusioni

Focus normativa fiscale

pag. 48



7 Domande e risposte pag. 50

Link utili

pag. 60

La sanità in Italia



In Italia la tutela della salute dei cittadini è assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale, ma esiste anche un pilastro sanitario privato complementare.

► I Livelli Essenziali di Assistenza

La tutela della salute è un principio previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione, che cita *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (...)”*.

Lo Stato infatti garantisce **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** a tutti i cittadini. I LEA sono definiti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

I LEA sono ispirati ai principi di dignità, bisogno di salute, equità e qualità ma anche a criteri di economicità.

Da un punto di vista normativo, la competenza a definire i LEA spetta ad un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, in concerto con il Ministro dell'Economia e d'intesa con la Conferenza perma-



nente Stato-Regioni e Province Autonome. Tale procedimento deriva dall'adozione di un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM, 29 novembre 2001), che definisce i LEA come **le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ad es. ticket), con le risorse pubbliche raccolte tramite la fiscalità.** I LEA comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle "aree di offerta" individuate dal Piano Sanitario Nazionale. Tale decreto ha inoltre individuato in maniera dettagliata le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN, quelle escluse totalmente o parzialmente e, infine, quelle ad alto rischio di inappropriatelyzza.

L'assistenza garantita dai LEA può essere integrata dalle Regioni con servizi aggiuntivi a loro carico.

Le prestazioni erogabili dai LEA vengono strutturate in tre aree:

1. l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. l'assistenza distrettuale;
3. l'assistenza ospedaliera.



Le prestazioni e i servizi inclusi esprimono il livello “essenziale” di assistenza garantito a tutti i cittadini, ma le Regioni possono comunque utilizzare delle risorse proprie per erogare servizi/prestazioni in più rispetto a quelle previste nei LEA.

► La pianificazione sanitaria nazionale e regionale

La programmazione pluriennale costituisce uno degli elementi qualificanti del nostro sistema sanitario. A livello nazionale, il principale strumento di pianificazione è il **Piano Sanitario Nazionale**, che viene predisposto dal Governo su proposta del Ministero della Salute considerando le proposte provenienti dalle Regioni.

Il Piano Sanitario Nazionale viene poi adottato con Decreto del Presidente della Repubblica - previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, in accordo con la Conferenza Unificata - ed ha una durata triennale.

Il Piano Sanitario Nazionale è il principale strumento di programmazione sul quale le Regioni configurano le loro azioni territoriali.

Entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del PSN le Regioni adottano o adeguano i rispettivi Piani Sanitari Regionali e inviano al Ministero della Salute gli schemi o progetti territoriali, al fine di ottenere il parere per quanto attiene la loro coerenza rispetto agli indirizzi previsti nel Piano Nazionale. Con il processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alle Regioni viene oggi destinata la responsabilità totale della programmazione e

del governo, promuovendo anche lo sviluppo di aree di intervento a favore dei Comuni.



Il SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) è stato oggetto di un riordino normativo tramite il Decreto Legislativo n. 502/1992 e le successive integrazioni (D.Lgs. n. 517/1993 e D.Lgs. n. 229/1999). Il D.Lgs. n. 229/1999 in particolare all'art. 1 afferma: "la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale. Il SSN ha carattere universalistico e solidaristico, eroga l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza discriminazione di genere, residenza, età, reddito e lavoro". I principi su cui si basa il SSN sono: responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità, secondo quanto previsto dai LEA; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale.

Il patto per la salute è un accordo di natura programmatico-finanziaria tra Regioni e Governo di durata triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di incrementare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni erogate e garantire il funzionamento unitario del sistema.

Il Servizio Sanitario Nazionale, che viene finanziato attraverso la contribuzione generale (imposte sui redditi a livello nazionale e regionale), particolare (ad es. contributo SSN su polizze assicurative) e tasse (ticket), si fa carico delle tipologie di assistenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evi-



denze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, “a fronte delle risorse impiegate” (criterio di efficienza e adeguatezza).

Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che (D.Lgs. n. 229/1999, art. 1, comma 7):

- non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale;
- non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

➤ Il pilastro sanitario privato complementare

Tutti i paesi ad economia e welfare sviluppati fronteggiano spese sanitarie crescenti e dovranno affrontare ristrutturazioni incisive dei meccanismi di finanziamento del welfare.

Le prestazioni di base del SSN sono affiancate da strumenti sanitari e di assistenza complementari.

Anche in Italia, attraverso le già citate modifiche normative, la sanità è stata configurata secondo uno schema composto da più pilastri in quanto la sostenibilità delle finanze

pubbliche, in funzione agli andamenti della spesa sanitaria, risultava essere difficilmente sostenibile. Al Servizio Sanitario Nazionale, che eroga le prestazioni di base, si sono affiancati quindi altri strumenti con il fine di mantenere le caratteristiche di solidarietà del servizio pubblico, ma allo stesso tempo incentivare l'assistenza privata.

Va sottolineato che nel nostro paese il pilastro privato della copertura sanitaria e dell'assistenza alla persona è piuttosto frastagliato, in quanto la normativa non si è mai occupata di una vera e propria riorganizzazione di settore. In ogni caso, tale pilastro è costituito da:

- **Fondi Sanitari Integrativi in senso stretto ("doc") o di possibile convergenza "doc";**
- **Fondi "non doc";**
- **Società di Mutuo Soccorso** propriamente dette (non operanti come promotori di fondi);
- **Polizze assicurative sanitarie** che forniscono un livello di copertura su base individuale o familiare.



*I **FONDI DOC** sono **FONDI INTEGRATIVI DEL SSN** ovvero hanno l'obiettivo di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).*

*I **FONDI NON DOC** sono fondi sanitari, a cura di Enti, Casse, Società di Mutuo Soccorso, che hanno esclusivamente fine assistenziale. Erogano prestazioni **SOSTITUTIVE E/O INTEGRATIVE** del SSN.*

➤ Perché tutelarsi?

Rispetto ad alcuni principi fondamentali, il nostro sistema sanitario soddisfa svariati profili ma presenta anche importanti gap da risolvere. Infatti, esso si propone di erogare servizi e



prestazioni non sempre del tutto essenziali e senza opportune gradualità nella compartecipazione della spesa, con risultati controversi in termini di tempi di attesa, finendo per compromettere gli stessi obiettivi di universalità e di tempestività delle cure essenziali che si prefigge di ottenere. Conseguentemente, il ricorso alla spesa privata è generalizzato ma non organizzato attraverso il filtro e i benefici di convenzionamento delle forme sanitarie, di carattere mutualistico o assicurativo.



LA SPESA "OUT OF POCKET"

*Oltre 35 milioni di italiani nel 2016 hanno affrontato **spese sanitarie di tasca propria** (cosiddette "out of pocket"), per una cifra pari a 33,9 miliardi di euro (dati ISTAT). Si tratta di una forma inefficiente di spesa che ha anche effetti regressivi, perché determina un aumento delle differenze tra ricchi e poveri e colpisce la singola famiglia, costringendola a pagamenti imprevisti e rendendola più vulnerabile dal punto di vista finanziario. Per non parlare di chi è oggettivamente più colpito da queste spese. Gli anziani, ad esempio, spendono più del doppio rispetto alla media e circa 13 milioni di italiani hanno difficoltà a far fronte alla spesa sanitaria¹.*

Nel 2016 7,8 milioni di italiani hanno usato tutti i risparmi per fare fronte alle spese sanitarie. La spesa privata nel 2016 si è attestata su circa 37,3 miliardi di euro e solo 3,4 miliardi sono stati intermediati da forme sanitarie integrative. La spesa privata riguarda principalmente le visite specialistiche, la diagnostica, le cure odontoiatriche e l'acquisto di farmaci.

¹ Lo hanno sottolineato alcuni esperti alla School di Padova 2018, evento organizzato da Motore Sanità.

In prospettiva, la prova più complessa che attende il nostro sistema è il finanziamento e la fornitura di servizi agli anziani: nel 2060 gli over 65 - ora intorno a un quinto della popolazione - saranno un terzo degli italiani e due terzi della popolazione in età attiva, e la spesa per la non autosufficienza passerà da circa il 2% a poco meno del 3% del PIL, limitandosi alla spesa pubblica (fonte: Ragioneria Generale dello Stato).

La maggiore diffusione di coperture dei rischi sanitari migliorerebbe l'equità del finanziamento del sistema, ripartendo il costo dei risarcimenti su un più ampio insieme di soggetti esposti, riducendo la variabilità dei risarcimenti e quindi il costo atteso, contribuendo a una maggiore fedeltà fiscale sui consumi sanitari e a un maggior grado di protezione della popolazione.

Le assicurazioni sulla salute



Le diverse forme di assicurazione sulla salute coprono le malattie, la perdita di autosufficienza e le conseguenze di un infortunio.

► Il quadro normativo

Le assicurazioni sulla salute, rientrando delle assicurazioni di persone, presentano delle caratteristiche peculiari.

Mentre, infatti, per le assicurazioni di cose è più o meno age-

vole avere come riferimento valori noti di mercato per la determinazione della somma assicurata, nelle assicurazioni sulla salute delle persone ciò non è possibile in quanto il bene tutelato non può essere valutato secondo criteri oggettivi precisi. È possibile considerare la persona come produttrice di ricchezza, la sua vita e la sua integrità

fisica come presupposti per l'ottenimento di beni economici, ma non è possibile dare dei contenuti economici certi a tali valutazioni.

Il problema non si pone tanto nelle forme di assicurazione che prevedono il rimborso delle spese sanitarie che sono di importo determinato (riportato sulla ricevuta o fattura),



quanto nelle forme indennitarie, poiché lo spirito di tale tipologia assicurativa sta nel preservare quel reddito futuro che deriva dalla propria capacità lavorativa, e pertanto la somma da assicurare dovrebbe corrispondere a quella necessaria a compensare la diminuzione del reddito conseguente alla diminuita capacità lavorativa.

Poiché il futuro reddito derivante dall'attività lavorativa è oggettivamente incerto in quanto basato su previsioni che possono essere disattese, ma anche poiché il reddito attuale può essere suscettibile di numerose valutazioni soggettive (specialmente se non derivante da lavoro dipendente), la determinazione del valore - cioè delle somme assicurate - è lasciata alla volontà delle parti. Da questa peculiarità discende che non si applicano alcune norme, prima fra tutte la cosiddetta "regola proporzionale" (non sono quindi applicabili l'art. 1907 e 1909 del Codice Civile).

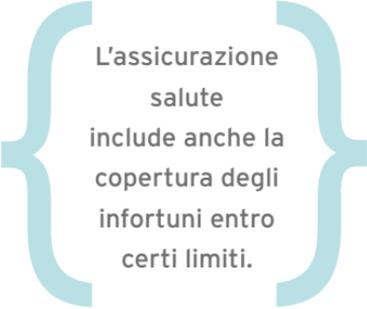
► I rischi compresi

Sottoscrivendo un'assicurazione sulla salute si ha una copertura per tutte le malattie, cioè tutte le alterazioni dello stato di salute di un individuo, che presentino le caratteristiche della possibilità e della non volontarietà. Generalmente questi contratti prevedono anche l'automatica copertura delle



conseguenze di infortunio nei limiti previsti dalla definizione: *“ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”*.

Nella dottrina assicurativa si fa riferimento all'oggettività della malattia attraverso la disciplina medica (esami, diagnosi, visite mediche, consulti e non una mera sensazione dell'assicurato senza una conferma clinico-diagnostica) e al suo stato “evolutivo”, ovvero il percorso della patologia da semplice insorgenza (alterazione in atto, ma non ancora evidente con sintomatologia o diagnosi effettuata) a manifestazione (che si ha attraverso sintomi o diagnosi), alla fase della cura ed infine a quella della convalescenza e degli eventuali postumi.



L'assicurazione salute include anche la copertura degli infortuni entro certi limiti.

Un altro aspetto che va considerato è che determinate malattie sono soggette a possibili recidive, possono essere croniche o conseguenze, presentando una correlazione con l'insorgenza di altre patologie che possono coinvolgere altri organi o apparati (ad esempio, diabete o ipertensione). Ne consegue che il rischio malattia rientra, pur con qualche limite specifico, nel tradizionale concetto assicurativo di rischio e cioè di evento possibile, incerto e futuro. Per costituire l'oggetto di un contratto deve avvenire ovviamente una alterazione futura: non si può certo assicurare una malattia in atto. Ci sono poi i già citati problemi legati all'inquadramento delle malattie croniche e di quelle recidivanti.

Per tutti questi motivi, la sottoscrizione di una assicurazione sulla salute necessita di un'attenta valutazione del rischio da

parte dell'assicuratore e dell'assicurato, che può essere effettuata attraverso la compilazione di un **questionario** sanitario, sia in forma completa che con alcune domande che tendono ad evidenziare se esiste un generale "stato di buona salute" (questo per quanto riguarda le coperture più diffuse, le cosiddette *diarie*).

➤ **Carenze ed esclusioni**

Nell'ambito generale delle "limitazioni", i cosiddetti **periodi di carenza sono quelli in cui la copertura non è attiva** pur essendo stato pagato il premio di competenza, ovvero il contratto

Per la valutazione dello stato di rischio le assicurazioni sulla salute richiedono generalmente all'assicurato la compilazione di un questionario.

➤ **QUESTIONARIO E DICHIARAZIONI SUL RISCHIO**

*Il **questionario anamnestico** è il documento che l'assicurato (non semplicemente il contraente) deve dettagliatamente compilare e sottoscrivere personalmente e dal quale deve risultare il suo stato di salute come da lui conosciuto. La finalità del questionario è quella di rappresentare alla compagnia di assicurazione lo "stato del rischio" precontrattuale.*

*Questo documento è **allegato alla polizza**, della quale fa parte integrante a tutti gli effetti, e trova disciplina nella sua compilazione negli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile.*

Per questo ramo, più che per gli altri, il questionario è di notevole importanza e giuridicamente equivale alle dichiarazioni precontrattuali rese per qualsiasi altra polizza. Serve a individuare gli elementi che qualificano il rischio e avere indicazione circa:

- **malattie pregresse ed eventuali ricoveri/interventi chirurgici;**



- *situazioni patologiche in corso ed eventuali sintomatologie in atto;*
- *esiti di eventuali accertamenti diagnostici;*
- *malformazioni e/o difetti fisici;*
- *infortuni e invalidità sofferti;*
- *uso di farmaci;*
- *fattori di ereditarietà o familiarità.*

Attraverso il questionario, l'assicurato può dichiarare quanto da lui conosciuto, ovvero tutte le malattie o alterazioni dello stato di salute manifestate, diagnosticate, curate, trattate, ma non certo quelle che non si sono ancora palesate. Le conseguenze delle sue dichiarazioni, in relazione alle patologie dichiarate possono essere:

- *piena e totale assicurabilità (nel caso di patologie inesistenti o ininfluenti, ad es. miopia);*
- *assicurazione con esclusione della patologia (nel caso di patologie con recidive e conseguenze, ad es. cisti e polipi);*
- *assicurazione con franchigia o limitazione indennizzo (nel caso di patologie con possibili frequenti ricorrenze, quali calcoli renali);*
- *elevazione del premio (nel caso di patologia che potrebbe comportare maggior rischio, ad es. diabete e ipertensione);*
- *non assicurabilità (nel caso di patologie molto gravi, tumori, ecc.).*

Proprio in considerazione del concetto specifico di rischio malattia, le dichiarazioni precontrattuali (artt. 1892 - 1893 del Codice Civile) assumono estrema importanza per l'efficacia del contratto di assicurazione stesso.

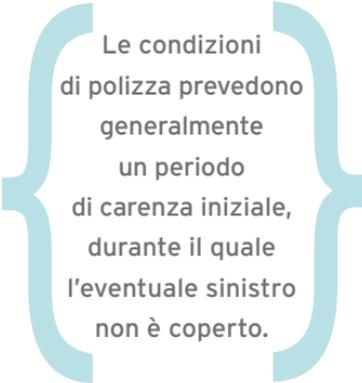
è valido ma inefficace. Tale periodo inizia a decorrere dalla data di effetto che corrisponde alla data di pagamento del premio (coincide con la data di sottoscrizione, solo se il premio è pagato contestualmente a questa). Alcuni contratti prevedono che la carenza possa decorrere nuovamente in caso di

elevato ritardo nel pagamento anche dei premi di rinnovo o di frazionamento (ad esempio, dopo 90 giorni dalla scadenza della copertura). Questo strumento viene utilizzato dalle compagnie per tutelarsi da eventuali frodi e/o speculazioni.

La garanzia dunque opera (termini generalmente previsti sui contratti):

- dal giorno del pagamento del premio per gli infortuni;
- dopo 30 giorni per la malattia insorta dopo la sottoscrizione, elevato a 60 giorni per il caso di invalidità permanente;
- dopo 120/180 giorni per le malattie connesse a patologie non conosciute preesistenti al contratto, oppure conosciute e dichiarate al momento della stipula;
- dopo 270/300 giorni per il parto;
- dopo 90/120 giorni per l'aborto e le malattie di gravidanza, sempre che questa abbia inizio dopo la stipula del contratto.

Le carenze sono trattate diversamente nel caso di contratto in sostituzione di un altro già esistente: in tal caso, una specifica disciplina disciplina che tali termini valgono dalla data di effetto della polizza sostituita per le garanzie già operanti e dalla data di effetto della polizza che subentra per le nuove garanzie o per i maggiori massimali.



Le condizioni di polizza prevedono generalmente un periodo di carenza iniziale, durante il quale l'eventuale sinistro non è coperto.

Un altro aspetto che un assicurato dovrebbe verificare nei contratti riguarda le **esclusioni**. Infatti, accanto agli eventi che non presentano le richieste caratteristiche di rischio, una serie di circostanze sono di norma espressamente escluse dalle polizze sanitarie:

- patologie preesistenti al contratto influenti e volutamente



nascoste all'assicuratore (rientrano nel caso di dolo e pertanto escluse);

- le cure conseguenti a comportamenti dolosi dell'assicurato;
- cure per la correzione o eliminazione di difetti fisici o mal-

Nelle condizioni
delle polizze
sanitarie sono
previste in genere
specifiche esclusioni
da leggere
con attenzione.

formazioni congenite (sovente limitate a quelle non conosciute o manifeste al momento della sottoscrizione);

- eventi connessi a comportamenti dolosi dell'assicurato;
- conseguenze di alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- cure dentarie non conseguenti ad infortunio e le periodontopatie;
- cure estetiche, salvo quelle derivanti da infortunio o conseguenti ad intervento chirurgico demolitivo o per la cura di neoplasie;
- cure connesse all'impiego di apparecchiature che elaborano particelle atomiche;
- pratica di determinati sport, per quanto concerne il verificarsi di possibili infortuni;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
- correzione miopia, ipermetropia, astigmatismo;
- aborto volontario non terapeutico;
- cure della medicina non ufficiale.

L'assicurazione per il rimborso delle spese mediche



Le più diffuse assicurazioni sanitarie permettono di ricevere un rimborso per le spese mediche, sostenute in caso di ricovero, di visite specialistiche e di esami diagnostici.

Iniziamo ad approfondire le differenti tipologie di polizze sanitarie con quelle di rimborso per le spese mediche che, rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, forniscono:

- prestazioni non comprese nel SSN (non adeguatezza o efficienza);
- rimborso per quota di spesa comunque a carico del paziente (ticket);
- rimborso di prestazioni comprese nel SSN, ma con maggiori livelli di servizio, accesso e qualità.

► Rimborso spese ospedaliere e interventi chirurgici

Il caso del **ricovero ospedaliero** da un punto di vista economico è indubbiamente uno dei più preoccupanti per gli assicurati. Anche un intervento chirurgico semplice, infatti, magari effettuato ambulatorialmente o in *day hospital*, può avere dei costi importanti da sopportare. Ma anche il parto è un evento che viene compreso in garanzia pur non essendo determinato da infortunio o da malattia, perché è comunque un evento dotato di un certo grado di alea. In ogni caso, l'assicurato è portato a pensare di dover sostenere in proprio i costi, quanto



meno per anticipare le spese, con tutti gli inconvenienti che ciò può comportare.

Con questo tipo di polizza è possibile avere rimborsi in forme differenti:

- **completa:** quando riguarda rimborsi di spese sostenute nei sistemi sanitari privati (cliniche, istituti, ecc.) in caso di ricovero o intervento chirurgico, per le spese sostenute durante il ricovero/intervento e nei giorni precedenti e successivi (generalmente tra i 60 ed i 120 giorni precedenti e post);
- **integrativa:** quando la compagnia di assicurazione interviene dopo il Servizio Sanitario Nazionale, per una serie di spese che l'assicurato sostiene in proprio in quanto non prestate dal servizio stesso (ad esempio, per il ricorso a medici non convenzionati, per il ricovero in camere separate o comunque con trattamento differente dallo standard ospedaliero pubblico, ecc.);
- **grandi interventi:** quando la copertura opera nella forma completa, ma limitatamente agli interventi chirurgici previ-

La copertura
spese mediche offre
diverse modalità
di rimborso
fra cui scegliere.



sti da uno specifico elenco (ad esempio, un intervento cardiocirurgico);

- **con franchigia:** quando la copertura opera nella forma completa, ma con applicazioni di franchigia (generalmente dai 1.000 ai 3.000 Euro) e/o con applicazione di massimali per determinate (o per tutte) forme di ricovero e/o intervento.

In tutte le modalità di rimborso sono comunque sempre escluse le spese cosiddette "voluttuarie", cioè non riguardanti l'aspetto sanitario (come ad es. stanze singole, con tv, telefono, ecc).

La garanzia di rimborso delle spese mediche, quando queste sono a carico del SSN, può essere trasformata in una diaria sostitutiva.

In generale questo tipo di polizze può prevedere una **diaria sostitutiva**, cioè la trasformazione della garanzia da rimborso delle spese - quando non sono richieste dall'assicurato in quanto non le ha sostenute - in una diaria per un valore predeterminato e per il numero di giorni di ricovero con un determi-

nato numero massimo di giornate. Si tratta di casi che riguardano maggiormente i ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, dove normalmente non ci sono spese o sono molto ridotte.

Il rimborso delle spese ospedaliere e per interventi chirurgici prevede, di norma:

- rette di degenza;
- altre spese sanitarie riguardanti il ricovero;
- spese sostenute per l'equipe operatoria;
- spese per il trasporto sanitario dell'assicurato al luogo di cura;

- spese precedenti e post ricovero e/o intervento chirurgico (generalmente comprese tra un minimo di 60 giorni ed un massimo di 120/150 giorni prima e dopo) per cure, visite, esami, apparecchi protesici o correttivi connessi alla problematica sanitaria oggetto del ricovero, ecc.
- altre estensioni (diaria accompagnatore o infermiere).



Bisogna tenere presente che quasi tutte le polizze indicano con opportune definizioni cosa si deve intendere per "ricovero", "day hospital", "sinistro", "evento". A questi termini è sempre opportuno fare attenzione per poter avere un'esatta comprensione del tipo di copertura che si sta acquistando.

L'operatività della garanzia è in genere estesa all'intervento chirurgico - sia in regime di ricovero che ambulatoriale o di *day hospital* (altrimenti definito *day surgery*), al ricovero ordinario, al ricovero diurno (o *day hospital*) nel qual caso operante con massimali differenti e con vincoli di durata in termine di numero di giorni. Generalmente è compreso anche il ricovero in caso di parto, che, pur non essendo qualificato come malattia, rientra in copertura a pieno titolo, in particolare per quanto attiene alle patologie connesse con la gravidanza o al periodo del puerperio. Sovente sono previste per il parto distinzioni tra quello naturale, quello cesareo e quello cesareo successivo al primo. Infine può essere prevista la copertura del neonato nei primi giorni/mesi di vita o gli interventi chirurgici sul feto.

➤ **Rimborso visite specialistiche ed esami diagnostici**

In abbinamento alla copertura per il rimborso delle spese di cure ospedaliere, è possibile assicurarsi anche per eventuali



spese derivanti da cure mediche “domiciliari” o “ambulatoriali” e che pertanto hanno come fonte di costo esclusivamente le **visite mediche specialistiche** e gli **esami diagnostici** e di laboratorio. Si pensi alla persona che affetta da affaticamento e difficoltà cardiache si rivolga al proprio medico che, una volta prescritti i necessari accertamenti (ad es. esami del sangue, visita cardiologica con elettro/eco-cardiogramma), rilevi uno stato di ipertensione curabile a livello farmacologico.

Poiché si possono avere questi tipi di prestazioni anche direttamente tramite le strutture del Servizio Sanitario Nazionale - si tratta anzi di casi più frequenti - è prevista l'applicazione di franchigie e/o di scoperti.

Si può inoltre riscontrare in alcune coperture sanitarie la presenza di alcuni **esami specialistici**, generalmente i più impegnativi dal punto di vista clinico ed economico. È da sottolineare che sono di norma esclusi dalla copertura quelli che hanno valenza di controllo volontario e preventivo. Tali voci, infatti, non presentano carattere di alea in quanto l'effettuazione di visite di medicina preventiva dipende esclusivamente dalla volontà dell'assicurato.

Per facilitare la prevenzione, sono sempre più frequenti le polizze che coprono visite ed esami, ma con certe limitazioni.

Negli ultimi anni però, spesso inserita all'interno di coperture di assistenza, ha trovato spazio nelle polizze la possibilità di effettuare **visite, esami e check-up di medicina preventiva** a certe condizioni (ad es. non più di un esame all'anno o non più di un check-up ogni tre anni).



La forma a rimborso consiste nel mettere a disposizione dell'assicurato una somma massima (massimale) per differenti casi:

- **ciascun evento**, cioè per ogni malattia e infortunio;
- **ciascun anno assicurativo**, indipendentemente dal numero di eventi verificatisi nell'anno: in questo caso la somma assicurata verrà integralmente reintegrata solo nell'annualità successiva col relativo premio;
- **ciascun nucleo familiare assicurato**, quando scelto: in tale eventualità la somma è considerata come disponibilità annua unica per tutto il nucleo familiare indipendentemente dal numero dei componenti il nucleo stesso (ad esempio, potrebbe anche verificarsi l'intero utilizzo da parte di un solo membro della famiglia).

Le assicurazioni indennitarie



La polizza indennitaria garantisce a un assicurato il pagamento di un importo monetario in caso di malattia o infortunio.

► A tutela del proprio lavoro

Diversamente da quanto si è visto per la forma a rimborso spese, la finalità propria delle **assicurazioni di tipo indennitario** è quella di risarcire l'assicurato per il mancato guadagno che gli deriva da un'assenza dal suo lavoro in conseguenza di una malattia e/o infortunio, oppure per fornirgli un sostegno forfettario per i maggiori costi di assistenza medica e di cura resi necessari dal verificarsi del danno.

Sono conseguentemente forme di polizza particolarmente importanti per categorie professionali **non dipendenti** - i dipendenti, di norma, percepiscono comunque la propria retribuzione - quali liberi professionisti, commercianti, artigiani, soggetti a una temporanea sospensione della produzione di reddito.

Ma in alcuni casi anche i **lavoratori dipendenti**, sebbene in parte tutelati dalle coperture assicurative INPS e INAIL (quest'ultima operante per le malattie e gli infortuni derivanti da causa di lavoro), potrebbero avere bisogno di una copertura assicurativa privata che integri quanto non sufficiente-



mente garantito da tali istituti, sia in termini di importo (della rendita o del capitale assicurato) che in termini di ampiezza della copertura (ad esempio, per evento non determinato da causa di lavoro o, relativamente all'INPS, in presenza di una non sufficiente contribuzione), anche al fine di coprire i maggiori costi o le difficoltà in termini di assistenza che una malattia comporta.

La garanzia indennitaria può integrare, nel caso di lavoratori dipendenti, le coperture pubbliche.

► L'indennità da ricovero

Si tratta dell'indennità più nota e di maggior diffusione sul mercato nazionale. La **diaria**, come viene semplicemente indicata, nella misura prescelta dall'assicurato, viene corrisposta dalla compagnia per ciascun giorno di degenza ospedaliera e per un periodo massimo variabile tra 180 e 365 giorni. Questa copertura può presentare una **franchigia espressa in giorni** e in tal caso l'indennizzo all'assicurato corrisponderà al numero dei giorni di ricovero detratta la franchigia (generalmente sono sempre esclusi il giorno del ricovero e il giorno della dimissione).

La copertura può essere prestata sia singolarmente che insieme a quella di rimborso per le spese ospedaliere. Può operare anche nei casi di *day hospital*, in genere se necessari per un periodo continuativo di giorni (in questo caso la diaria viene ridotta).

In caso di **ricovero all'estero o in caso di interventi particolarmente gravi** ci possono essere delle forme di maggioranza dell'indennizzo. In altri casi si prevede, soprattutto per i ricoveri più frequenti (parto, appendicite, ecc.), un limite massimo dei giorni di indennizzo.

Per ricevere l'indennità giornaliera in caso di ingessatura è necessario presentare adeguata documentazione medica.

A questo tipo di copertura è possibile affiancare l'**indennità giornaliera da apparecchiature gessate**. Molte volte, infatti, un'ingessatura - o, in base ai contratti, anche un sistema di immobilizzazione di un arto - richiede un ridottissimo periodo di degenza, ma una convalescenza lunga o un'effettiva impossibilità ad esercitare la propria professione. Va

sottolineato che questo tipo di garanzia viene accordato per un periodo convenzionale massimo per ogni evento e il pagamento da parte dell'assicurazione è comunque vincolato alla presentazione di un'adeguata documentazione medica che giustifichi il tempo per il quale la persona assicurata deve portare il gesso o il tutore immobilizzante.

➤ L'INVALIDITÀ PERMANENTE

Si ha **invalidità permanente da infortunio** quando la capacità lavorativa dell'assicurato è irrimediabilmente ridotta in maniera definitiva. Si parla di "invalidità totale" quando la riduzione è tale da non poter consentire lo svolgimento di un qualsiasi generico lavoro (essa si raggiunge quando in seguito all'infortunio si ha una lesione per cui è previsto il 100% di invalidità, oppure più lesioni che sommate raggiungono o superano il 100%). Si ha invece "invalidità parziale" quando rimane una qualche capacità lavorativa.

L'invalidità permanente viene in realtà stimata partendo da valutazioni convenzionali, che sono indicate in polizza attraverso una tabella che riporta le percentuali di invalidità corrispondenti a determinati tipi di lesione consolidati (ad esempio, perdite anatomiche o funzionali) e rappresenta il massimo indennizzabile per la perdita totale di un arto o di un organo di un soggetto sano, espressa in punti percentuali dell'invalidità totale. Ad esempio, la perdita della mano destra corrisponderà ad un'invalidità permanente del 60% sia che l'assicurato svolga l'attività di impiegato che quella di pianista, anche se nel secondo caso non sarà più in alcun modo possibile proseguire l'attività professionale. Se la lesione non è tra quelle descritte in tabella, l'invalidità viene valutata da medici specialisti secondo la diminuita capacità a svolgere qualsiasi generico lavoro.

Simile per certi aspetti, l'**Invalidità Permanente da Malattia (IPM)** è di più difficile disciplina, in considerazione del fatto che è impossibile stabilire a priori una casistica di invalidità da malattie come invece viene fatto per gli infortuni.

La copertura IPM funziona in questo modo: sulla base del capitale assicurato, e in base alla percentuale di invalidità raggiunta dall'assicurato a seguito della malattia verificatasi in corso di contratto, la compagnia di assicurazione garantisce la corresponsione di un importo pari alla percentuale del capitale assicurato stesso.

Generalmente i contratti prevedono una franchigia espressa sotto forma di percentuale di invalidità, oltre la quale è prevista la corresponsione dell'indennizzo in misura crescente al crescere dell'invalidità. Può inoltre essere prevista una soglia di invalidità (ad esempio, il 67%) oltre la quale l'assicurato è considerato invalido totalmente e l'indennizzo è pari al 100% del capitale assicurato).

La corresponsione di un capitale a fronte dell'invalidità non trova seguito in altri paesi europei, dove tale garanzia ha assunto la forma di una rendita. A tal proposito negli ultimi anni, anche in Italia, sono nate forme che invece di liquidare un capitale provvedono a liquidare una rendita (mensile o annuale) al verificarsi di un'invalidità grave (in genere superiore al 60%).

L'assicurazione contro le malattie gravi



L'assicurazione contro malattie gravi è dedicata a proteggere dai danni economici derivati dal verificarsi di gravi patologie.

Questi prodotti assicurativi proteggono dai danni economici derivati dal verificarsi di gravi patologie, previste nella polizza, con il pagamento di un capitale prefissato per far fronte alle intervenute gravi condizioni della persona assicurata.

► Le principali caratteristiche

Generalmente questo tipo di polizza comprende tra le malattie gravi assicurate l'infarto del miocardio, il cancro e l'ictus cerebrale.

Larga parte dei prodotti prevede anche la copertura di interventi di chirurgia di by-pass aorto-coronarico,

L'assicurazione
contro le malattie
gravi può coprire
anche i trapianti
di importanti
organi.

dell'insufficienza renale e del trapianto di organi di rilievo. In un numero limitato di polizze, la lista delle malattie gravi coperte si estende anche alla cecità, alla sclerosi multipla, alla perdita combinata di due organi (tra mani, piedi e occhi), ovvero alla malattia di Alzheimer o al morbo di Parkinson.



PATOLOGIE ASSICURATE E DEFINIZIONI CONTRATTUALI

L'**INFARTO DEL MIOCARDIO** è definito di norma come la necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da insufficiente apporto di sangue. Nei contratti, al fine di precisare e delimitare ulteriormente la definizione di gravità della malattia assicurata, sono escluse specifiche patologie di tipo cardiaco, quali l'angina o altre sindromi coronariche acute, scompensi o collassi cardiaci, la miocardite, la pericardite e le lesioni traumatiche miocardiche.

Il **CANCRO** è definito di norma come tumore maligno caratterizzato da crescita e diffusione incontrollate di cellule maligne, con invasione e distruzione del tessuto normale. La patologia include nella generalità dei prodotti leucemia, linfoma, mieloma multiplo e la malattia di Hodgkin. La patologia deve richiedere l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Anche il cancro terminale, che può essere trattato solamente mediante terapia palliativa, è incluso nella copertura. Nei contratti la definizione è di norma corredata dall'esclusione di situazioni patologiche di tipo tumorale caratterizzate da uno stadio meno grave della patologia assicurata.



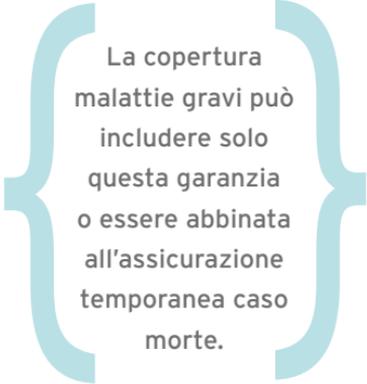
L'**ICTUS CEREBRALE** è di norma definito come danno del tessuto cerebrale a seguito di un incidente cerebrovascolare causato da emorragia, embolia o trombosi, associato a insorgenza improvvisa di oggettivo deficit neurologico e tale da contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Dalla copertura assicurativa sono spesso esclusi danni meno importanti o permanenti, quali attacchi ischemici transitori, danni causati da trauma cranici o sintomi associati a deficit neurologici reversibili.

Anche l'**INSUFFICIENZA RENALE**, presente spesso tra le patologie assicurate, è definita in modo simile nei diversi prodotti, ossia come totale ed irreversibile con riferimento ad entrambi i reni. L'insufficienza renale acuta reversibile che richiede dialisi temporanee o l'insufficienza renale monolaterale non sono coperte.

La **CHIRURGIA DI BY-PASS AORTO-CORONARICO** è definita di norma come fase di chirurgia di by-pass aorto-coronarico che richiede sternotomia mediana, o anche come intervento chirurgico a cuore aperto, previa toracotomia e sternotomia, mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronariche tramite l'innesto di by-pass. Tra le fattispecie esplicitamente escluse nei contratti vi sono: angioplastica, procedura intrarteriosa, cateterismo del cuore, tecniche laser o altre tecniche non chirurgiche.

Infine, il **TRAPIANTO D'ORGANO** è definito di norma come il sottoporsi a un trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas o rene, ritenuto indispensabile per insufficienza o danneggiamento irreversibile dell'organo trapiantato. È incluso il trapianto di midollo osseo mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo. Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Le **assicurazioni contro l'insorgenza di gravi malattie** sono offerte sia in modalità autonoma (quindi con la sola garanzia malattie gravi) sia in abbinamento ad una copertura temporanea in caso di morte. In quest'ultimo caso, l'insorgenza di una delle malattie gravi dà luogo di norma ad una forma anticipativa di erogazione della prestazione assicurata, e il contratto resta in vigore per la somma assicurata residua in caso di morte.



La copertura malattie gravi può includere solo questa garanzia o essere abbinata all'assicurazione temporanea caso morte.

Per l'accertamento e la qualificazione dell'insorgenza della malattia, nella maggior parte dei casi si prevede un periodo di un mese, che si estende fino a 3 mesi per l'ictus.

Questi prodotti assicurativi prevedono una **durata** che va da almeno 5 a 25 anni. Per alcune polizze, la durata massima della copertura è limitata a 10 anni.

Riguardo ai **premi**, infine, nella generalità dei casi si prevede un premio annuo costante rateizzabile e la distinzione tra soggetti fumatori e non fumatori, dove per i primi è previsto, a parità di somma assicurata, un costo assicurativo più elevato a fronte della maggiore rischiosità di essere colpiti dalle patologie coperte dall'assicurazione.

► Le principali limitazioni ed esclusioni

Tutte le polizze che coprono le malattie gravi prevedono dei **limiti di età**. Nella generalità dei casi, per sottoscrivere un'assicurazione è prevista sia un'età minima, pari a 18 anni, sia un'età massima, che varia a seconda dei prodotti, da 55 a 64 anni



(la maggior parte fissa il limite a 60). Di norma si prevede anche un'età massima a scadenza, quasi sempre fissata a 65 anni.

Le altre limitazioni di rilievo della copertura riguardano i **periodi di carenza** della stessa. Generalmente sono previsti 6 mesi di carenza per l'assunzione mediante questionario sanitario semplificato (senza visita medica) e, per il cancro, 6 mesi. In casi limitati, si prevedono nell'assunzione senza visita medica 180 giorni di carenza solo per infarto, cancro, ictus e interventi chirurgici cardio-vascolari, ridotti a 90 in presenza di visita medica.

Le **esclusioni** dall'ambito della copertura presentano una certa articolazione tra i diversi prodotti presenti sul mercato. Innanzitutto, non risultano comprese nell'ambito della copertura situazioni patologiche pregresse già diagnosticate all'assicurato.

Nel caso in cui la copertura sia offerta in modalità *stand alone*, è escluso il pagamento delle prestazioni:

- per tutti i sinistri derivanti da eventi post-traumatici;
- per malattia insorta prima della stipula del contratto;
- per morte dell'assicurato entro 30 giorni dalla prima diagnosi della malattia grave.

Inoltre, l'impresa assicurativa può riservarsi di non procedere al pagamento della somma assicurata, nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratica attività in una nazione non compresa in una determinata lista prevista nel contratto.

Nel caso in cui la copertura sia abbinata a una garanzia temporanea caso morte, sono di norma comprese anche esclusioni tipicamente previste per tale garanzia, quali:

- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici riconducibili a una delle malattie coperte;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (tra cui fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X).

In questa tipologia di polizza sono presenti delle esclusioni, soprattutto se è abbinata alla copertura temporanea caso morte.

Alcune polizze, caratterizzate dall'abbinamento della copertura malattie gravi con una copertura temporanea caso morte, prevedono anche esclusioni per attività sportive o professionali pericolose.

L'assicurazione per la perdita di autosufficienza (LTC)



L'assicurazione Long Term Care offre una copertura in caso di perdita di autosufficienza della persona assicurata.

La copertura delle polizze Long Term Care è prevista in caso di perdita di autosufficienza nel compimento autonomo di funzioni e attività elementari della vita quotidiana - non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a senescenza - garantendo delle prestazioni in termini di servizi in natura o importi monetari forfettari.

► Le principali caratteristiche

La maggior parte delle assicurazioni individua la perdita di autosufficienza nel caso in cui l'assicurato risulti incapace di svolgere in autonomia alcune attività elementari della vita quotidiana (ADL). In particolare, precisano quando verifica lo stato di non autosufficienza dell'assicurato (tre su quattro, quattro su sei o al raggiungimento di un punteggio di 40 su 60). In quest'ultimo caso - per ciascuna delle ADL considerate - sono individuati più gradi intermedi di perdita dell'autonomia, ai quali è associato un punteggio più elevato in corrispondenza di una perdita di autonomia maggiore.

La non autosufficienza dell'assicurato viene valutata in base a alla capacità di svolgere elementari azioni quotidiane.



ACTIVITY DAILY LIVING

Nei contratti assicurativi che configurano **quattro ADL**, esse sono sostanzialmente standardizzate e definite come:

- *mantenere un livello ragionevole di igiene personale, essendo in grado di lavarsi, radersi, pettinarsi, lavarsi i denti (in alcuni casi precisando nella definizione che il livello è mantenuto anche in caso di incontinenza);*
- *vestirsi, svestirsi e riporre ogni tipo di indumento, calzatura o eventuali apparecchi protesici;*
- *alimentarsi, ovvero mangiare e bere, anche facendo ricorso ad alimenti preparati da altri (in alcuni casi precisando nella definizione che l'atto di alimentarsi implica la capacità di bere da un bicchiere e di mangiare da un piatto, ovvero includendo nella definizione la capacità o meno di tagliare del cibo);*
- *spostarsi, ovvero coricarsi e alzarsi dal letto, sedersi e alzarsi dalla sedia, anche con l'aiuto di supporti.*

Nei contratti che configurano **sei ADL**, invece, ferme restando alcune attività definite in modo del tutto analogo ai prodotti che ne prevedono quattro (vestirsi e svestirsi, alimentarsi), si ha una articolazione diversa o più dettagliata delle altre attività elementari della vita quotidiana:



- *in alcuni casi l'attività di igiene personale è distinta tra: 1) capacità di entrare o uscire nella vasca o nella doccia per lavarsi e 2) capacità di andare in bagno e usarlo per altre attività di igiene, aggiungendo anche la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente (continenza);*
- *in altri casi, alla capacità di spostarsi è aggiunta un'ulteriore specifica capacità di mobilità dell'assicurato, anche con l'ausilio di supporti, all'interno della casa tra stanze sullo stesso piano.*

Generalmente la perdita di autosufficienza è riconosciuta anche quando all'assicurato è diagnosticata una patologia nervosa o mentale di origine organica, quale il **morbo di Alzheimer o altre demenze invalidanti** che comportano la perdita delle capacità mentali. In merito a queste patologie, spesso la diagnosi di accertamento è condizione sufficiente per riconoscere la perdita di autosufficienza dell'assicurato, ma in alcuni casi deve esserci anche il requisito dell'impossibilità di compiere autonomamente le ADL.

Le polizze LTC garantiscono una rendita vitalizia e, in alcuni casi, offrono servizi assistenziali.

Le **prestazioni** consistono di norma nell'erogazione di una **rendita vitalizia** - mensile o annua rateizzabile, generalmente con limiti sia in termini di importo minimo prestabilito contrattualmente, sia in termini di importo massimo assicurabile - a fronte del permanere nello stato di non autosufficienza. In alcuni casi, al determinarsi del sinistro, è pre-

vista anche l'erogazione di un capitale di importo prestabilito. Alcune assicurazioni offrono agli assicurati l'erogazione di **prestazioni e servizi di tipo assistenziale** (consigli medici telefonici, servizi in natura presso la residenza dell'assicurato o nel corso di un suo viaggio). Per alcuni prodotti, oltre a prestazioni di tipo LTC è prevista anche - in via accessoria o aggiuntiva - una somma assicurata in caso di decesso.

Per l'accertamento e la qualificazione dello stato di non autosufficienza, nella maggioranza dei contratti si prevede un periodo di 180 giorni, in alcuni casi ridotti a 90 o, più raramente, a un periodo ancora inferiore. Di norma, è anche presente un periodo di franchigia, pari, ove previsto, a 90 giorni.

Usualmente, la **durata** delle polizze LTC è a vita intera, mentre limitate eccezioni prevedono una durata della copertura non vitalizia ma predeterminata in anni interi.

► Le principali limitazioni ed esclusioni

Larga parte delle assicurazioni LTC prevede **limiti espliciti di età**. Nella generalità dei casi, è prevista sia un'età minima per l'ingresso in assicurazione, pari a 18 anni - o in un numero limitato di casi pari a 20 - sia un'età massima al momento della sottoscrizione della copertura, pari di norma, ove prevista, a 70 anni (ad eccezione di alcuni prodotti assicurativi dove è prevista un'età massima di ingresso inferiore).

Le altre limitazioni di rilievo di questa assicurazione riguardano i **periodi di carenza** della stessa, ossia il lasso temporale iniziale nel quale la copertura non opera, che di norma sono così articolati:

- nessun periodo di carenza se la perdita di autosufficienza viene a determinarsi a seguito di infortunio (in alcuni prodotti, viene precisato che non è previsto alcun periodo



Oltre ai limiti di età minima e massima, la copertura LTC prevede alcuni periodi di carenza iniziali.

di carenza per shock anafilattico, in casi limitati anche in caso di malattia infettiva acuta);

- laddove la polizza copra patologie nervose o mentali di causa organica (ad esempio, il morbo di Alzheimer), è previsto un periodo di carenza pari a 3 anni;
- per la perdita di autosufficienza derivante da altre malattie, si prevede un periodo di carenza pari a 1 anno, in alcuni casi ridotto a 6 mesi;
- riguardo all'AIDS e alla sieropositività da H.I.V., alcune assicurazioni prevedono specifici periodi di carenza, da 4 a 7 anni, mentre altri prodotti prevedono un'esclusione di tali patologie dall'ambito della copertura.

Gli altri casi che nelle clausole contrattuali sono esclusi dall'ambito della copertura - ossia quelle situazioni o condizioni dell'assicurato in presenza delle quali la copertura non è efficace - presentano una certa articolazione tra i prodotti attualmente sul mercato.

Innanzitutto, non risultano comprese nell'ambito della copertura situazioni patologiche dell'assicurato già esistenti o diagnosticate prima dell'ingresso in assicurazione, quali lo stato di invalidità totale e permanente, lo stato di non autosufficienza (anche in corso di accertamento) o altri stati patologici.

Inoltre, sono previste di norma **esclusioni** analoghe a quelle tipicamente previste per le coperture temporanee in caso di morte, quali:

- attività dolosa dell'assicurato o sua partecipazione attiva ad atti dolosi;
- partecipazione dell'assicurato ad atti o fatti di guerra, esclusa nella maggior parte dei casi anche se la partecipazione non è attiva e a patto che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano (in alcuni prodotti, l'esclusione è limitata invece alla partecipazione attiva ad atti o fatti di guerra);
- partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse, guerra civile, atti di terrorismo, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, operazioni militari, atti di sabotaggio, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni, abuso di farmaci;
- negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire le indicazioni fornite dal medico, ovvero il rifiuto volontario di consultare i medici o di seguirne le indicazioni per migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tentato suicidio;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione o assestamenti energetici dell'atomo o dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche;

Condizioni patologiche già esistenti al momento del contratto non sono coperte dall'assicurazione LTC.



- patologie nervose o mentali non di causa organica (ad esempio, depressione o psicosi).

Spesso in questa tipologia di contratti risultano esserci anche esclusioni per attività sportive pericolose (attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, motocross, paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela, kayak, rafting, arrampicata libera, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, bob) o svolte da professionista o in maniera agonistica (hockey, rugby, football americano, ciclismo, slittino, pugilato, arti marziali, lotta, ippica).

Le esclusioni per professioni pericolose (ad esempio, addetti a lavori in pozzi, gallerie, miniere, piloti commerciali non di linea, addetti a contatto con materiale esplosivo o collaudatori di veicoli) sono invece previste solo in una ristretta minoranza di casi.

FOCUS

normativa fiscale

In base a quanto previsto dalla legge (lettera f dell'art. 15, comma 1, del TUIR, a seguito delle modifiche ivi introdotte dal D.lgs. n. 47/2000), per i contratti di assicurazione stipulati successivamente al 31 dicembre 2000 la detrazione d'imposta pari al 19% dei premi pagati spetta solamente per:

1. **Caso di morte**
2. **Rischio di invalidità permanente superiore al 5%, da qualsiasi causa derivante.**

Il contratto di assicurazione contro il rischio di invalidità permanente da infortunio e/o malattia potrà coprire anche il rischio di invalidità inferiore al 5%, ma la detrazione sarà riconosciuta limitatamente alla parte di premio relativa al rischio pari o superiore al predetto limite (tale quota deve risultare indicata separatamente, in valore assoluto o in percentuale del premio complessivo, nel contratto e nelle comunicazioni annuali all'assicurato, come previsto dalla Circolare del Ministero delle Finanze n. 29/E del 20 marzo 2001).

3. **Rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti di natura quotidiana**, a condizione che l'impresa non abbia facoltà di recesso ed il contratto preveda le seguenti caratteristiche (richieste dal Decreto del Ministero delle Finanze del 22/12/2000):

- copertura del rischio di non autosufficienza quale condizione patologica che determina l'incapacità a svolgere anche in parte uno o più dei seguenti atti della vita quotidiana: *"l'assunzione di alimenti, l'espletamento delle funzioni fisiologiche e dell'igiene personale, la deambulazione e l'indossare gli indumenti"* ovvero la necessità di sorveglianza continuativa;
- copertura del rischio per l'intera vita dell'assicurato (in caso di polizza collettiva con contraente il datore di lavoro, la copertura deve riguardare almeno tutta la durata del rapporto lavorativo);
- durata minima contrattuale decennale e rinnovo obbligatorio da parte dell'impresa senza facoltà di recesso (condizione di copertura del rischio per l'intera vita dell'assicurato)
- previsione e disciplina del diritto di recesso dell'assicurato;
- facoltà per l'impresa di variare, ad intervalli non inferiori a 5 anni, l'importo dei premi in base all'evoluzione dell'esperienza statistica rilevabile dalla collettività degli assicurati.

Il premio pagato per la garanzia di rimborso spese mediche e per le altre garanzie indennitarie (ricovero ospedaliero, inabilità temporanea, ecc.) non è detraibile.

Ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante viene riconosciuta annualmente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi, per un importo complessivamente non superiore a 530,00 Euro.

Per i premi di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se l'impresa di assicurazione non ha facoltà di recesso dal contratto, viene parimenti riconosciuta annualmente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi, per un importo complessivamente non superiore a 1.291,14 Euro.

Il plafond complessivo di detraibilità non può peraltro eccedere l'importo di 1.291,14 Euro in presenza di più contratti stipulati a fronte delle diverse coperture sopra descritte.

Nel limite di 530,00 Euro - a decorrere dal periodo di imposta in corso al 31/12/2014 - sono compresi i premi versati per i contratti di assicurazione sulla vita e contro gli infortuni stipulati o rinnovati entro il periodo di imposta 2000 (Legge n. 124 del 28 ottobre 2013 art. 12).

TIPOLOGIA DI FORMA SANITARIA INTEGRATIVA

BENEFICIO FISCALE

Fondo sanitari integrativi del SSN "aperti" (cosiddetti Fondi "doc") Contributi deducibili dal reddito nei limiti di 3615,20 € Art. 10 let. e-ter) TUIR

Fondi negoziali e Casse di assistenza per lavoratori dipendenti Contributi non concorrenti al reddito di lavoro dipendente nei limiti di 3615,20 € Art. 51 let. e-ter) TUIR

Coperture collettive Long Term Care e malattie gravi, attuate dal datore di lavoro anche tramite polizze assicurative Contributi e premi non concorrenti al reddito di lavoro dipendente (senza limitazioni) Art. 51 let. f-quater) TUIR

Coperture individuali attuate tramite società di mutuo soccorso Detraibilità del 19% dei contributi, con un limite di 1.291,14 €, dall'Irpef Art. 15, co 1, lett i-bis) TUIR

Polizze individuali per il rimborso spese mediche Imposta sui premi del 2,5% Premio non detraibile dall'Irpef

Polizze individuali Long Term Care e malattie gravi Detraibilità del 19% dei contributi, con un limite di 1.291,14 € dall'Irpef

Domande e risposte



► La sanità in Italia

1

“*Lo Stato deve tutelare la salute dei cittadini?*”

Sì, basti pensare che l'art. 32 della nostra Costituzione cita *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (...)”*.

2

“*Cosa sono i LEA?*”

Per LEA si intendono i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti a tutti i cittadini. Sono definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

“ *Come viene finanziato il Servizio Sanitario Nazionale?* ” **3**

Attraverso la contribuzione generale (imposte sui redditi a livello nazionale e regionale), particolare (ad es. contributo SSN su polizze assicurative) e tasse (ticket).

“ *Da cosa è costituito il pilastro privato della copertura sanitaria?* ” **4**

Fondi sanitari integrativi in senso stretto (“doc”) o di possibile convergenza “doc”; fondi “non doc”; società di mutuo soccorso propriamente dette (non operanti come promotori di fondi); polizze assicurative sanitarie che forniscono un livello di copertura su base individuale.

“ *Cosa si intende per spesa “out of pocket”?* ” **5**

Si tratta delle spese sanitarie che sono pagate di tasca propria dalle famiglie.

► Le assicurazioni sulla salute

“ *Quali rischi comprende una assicurazione sulla salute?* ” **6**

Con questa tipologia di assicurazione si ha una copertura per tutte le malattie, cioè tutte le alterazioni dello stato di salute di un individuo, che presentino le caratteristiche della possi-

7 ?

bilità e della non volontarietà. Generalmente questi contratti prevedono anche l'automatica copertura delle conseguenze di infortunio nei limiti previsti dalla definizione: *“ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”*.

7

“
Cosa è il questionario anamnestico?”

È un documento allegato alla polizza che l'assicurato (non semplicemente il contraente) deve dettagliatamente compilare e sottoscrivere e dal quale deve risultare il suo stato di salute come da lui conosciuto. La finalità del questionario è indicare all'assicurazione lo stato del rischio precontrattuale.

8

“
Cosa si intende per periodo di carenza?”

Nell'ambito generale delle limitazioni, i cosiddetti periodi di carenza sono quelli in cui la copertura non è attiva pur essendo stato pagato il premio di competenza. Pertanto, è sempre consigliabile leggere attentamente contratto e nota informativa per avere chiarezza sulla data a cominciare dalla quale opera la garanzia.

9

“
E le esclusioni?”

Si tratta di una serie di circostanze che sono di norma espressamente escluse dalle polizze sanitarie (ad es. in casi di dolo dell'assicurato, come patologie preesistenti al contratto influenti e volutamente nascoste).

► L'assicurazione per il rimborso delle spese mediche

“

Cosa prevede l'assicurazione per il rimborso delle spese mediche?

10

”

Con questa copertura l'assicurato è risarcito delle spese derivanti dalla cura di una patologia prevista dal contratto. Vengono generalmente rimborsate le spese di ospedalizzazione e quelle sostenute durante la convalescenza (ad es. accertamenti diagnostici, onorari medici, uso di sale operatorie, ecc). Inoltre, all'assicurato vengono rimborsate le spese relative alle cure extraospedaliere che precedono e seguono il ricovero.

“

Quali forme di rimborso sono previste per la garanzia spese ospedaliere e interventi chirurgici?

11

”

Sono generalmente previste quattro forme di rimborso: completa, integrativa, grandi interventi, con franchigia.

“

La garanzia spese ospedaliere e interventi chirurgici include anche la copertura dei costi per le visite specialistiche e gli esami diagnostici?

12

”

No. Il rimborso delle spese diagnostiche e specialistiche, indipendentemente dal ricovero, è previsto come garanzia acces-



soria integrativa alla polizza di base. Lo stesso discorso vale anche per le cure odontoiatriche.

13

“ È possibile acquistare un'assicurazione che copra le spese per visite, esami e check-up? ”

Sì. Negli ultimi anni, spesso inserita all'interno di coperture di assistenza, ha trovato spazio nelle polizze la possibilità di effettuare visite, esami, check-up di medicina preventiva con limiti di frequenza (ad es. non più di un esame all'anno o non più di un check-up ogni tre anni) o di accesso.

14

“ In questo tipo di contratti sono previsti dei massimali? ”

Sì, possono riferirsi all'evento (cioè al tipo di patologia assicurata), all'anno assicurativo oppure al nucleo familiare assicurato.

► Le assicurazioni indennitarie

15

“ A cosa servono le assicurazioni indennitarie? ”

La finalità di queste coperture è indennizzare l'assicurato per il mancato guadagno che gli deriva da un'assenza dal suo lavoro in conseguenza di una malattia e/o infortunio, oppure per garantire un sostegno forfettario per i maggiori costi di assistenza medica e di cura resi necessari dal verificarsi del sinistro.

“
A chi possono servire?”

16

Sono polizze particolarmente importanti per categorie professionali non dipendenti, alle quali una malattia provoca una temporanea sospensione del reddito. Ma in alcuni casi anche i lavoratori dipendenti, sebbene in parte tutelati da INPS e INAIL, possono avere bisogno di una copertura assicurativa privata che integri quanto non sufficientemente garantito da tali istituti.

“
Cosa si intende per indennità da ricovero?”

17

Si tratta dell'indennità più nota e di maggior diffusione sul mercato nazionale. Con questa copertura viene corrisposta all'assicurato una diaria per ciascun giorno di degenza ospedaliera e per un periodo massimo variabile tra 180 e 365 giorni.

“
L'indennità da ricovero può prevedere una franchigia?”

18

Sì, questo tipo di assicurazione può presentare una franchigia espressa in giorni e in tal caso l'indennizzo all'assicurato corrisponderà al numero dei giorni di ricovero al netto della franchigia (generalmente sono sempre esclusi il giorno del ricovero e quello della dimissione).

“
Come funziona la garanzia per invalidità permanente da malattia (IPM)?”

19

Sulla base di un capitale assicurato e in relazione alle possibili



conseguenze di una malattia invalidante verificatasi in corso di contratto, la compagnia di assicurazione garantisce all'assicurato la corresponsione di una determinata indennità in forma di capitale.

► L'assicurazione contro le malattie gravi

20

“

A cosa servono le polizze per malattie gravi?

”

Questi prodotti coprono l'insorgenza di patologie di grave entità definite nel contratto, garantendo prestazioni sotto forma di erogazione di somme finalizzate a far fronte alle intervenute gravi condizioni della persona assicurata.

21

“

Quali sono le principali patologie previste per questo tipo di assicurazione?

”

Generalmente questo tipo di polizza comprende l'infarto del miocardio, il cancro e l'ictus cerebrale. Larga parte dei prodotti prevede anche la copertura di interventi di chirurgia di by-pass aorto-coronarico, dell'insufficienza renale e del trapianto di organi di rilievo. In un numero limitato di polizze, la lista delle malattie gravi coperte si estende a cecità, sclerosi multipla, perdita combinata di due organi (tra mani, piedi e occhi), ovvero alla malattia di Alzheimer o al morbo di Parkinson.

22

“

I contratti di assicurazione per malattie gravi prevedono dei massimali?

”

Sì. Nella maggior parte delle polizze sono presenti dei mas-

simili prestabiliti alla prestazione assicurata, che vanno, ove previsti, da 60.000 a 300.000 Euro.

“

Il premio è più “salato” se l'assicurato è un fumatore?

23

”

Per i fumatori è previsto, a parità di somma assicurata, un costo assicurativo più elevato a fronte della maggiore rischiosità di essere colpiti dalle patologie coperte dall'assicurazione.

“

Esistono dei limiti di età per assicurarsi contro le malattie gravi?

24

”

Tutte le polizze che coprono le malattie gravi prevedono dei limiti di età. Di solito per sottoscrivere quest'assicurazione è prevista sia un'età minima (pari a 18 anni) che massima (varia da 55 a 64 anni). Di norma si prevede anche un'età massima a scadenza (quasi sempre fissata a 65 anni).

► L'assicurazione per la perdita di autosufficienza (LTC)

“

A cosa servono le polizze Long Term Care (LTC)?

25

Le polizze LTC coprono la perdita dell'autosufficienza - non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a senescenza - nel compimento autonomo di funzioni e attività elementari della vita quotidiana, garantendo all'assicurato delle prestazioni in termini di servizi in natura o importi monetari forfettari.



26

“*Come si definisce la non autosufficienza in ambito assicurativo?*”

Generalmente si considera non autosufficiente un assicurato incapace di svolgere in autonomia almeno tre su quattro attività basilari della vita quotidiana (Activity Daily Living o ADL, cioè alimentarsi, vestirsi, lavarsi, ecc). Oppure quando non è in grado di compiere quattro ADL su sei o al raggiungimento di un punteggio di 40 su 60, dove - per ciascuna delle ADL considerate - sono individuati più gradi intermedi di perdita dell'autonomia, ai quali è associato un punteggio più elevato in corrispondenza di una perdita di autonomia maggiore.

27

“*Le demenze come l'Alzheimer sono riconosciute come invalidanti dalle assicurazioni?*”

Sì, la perdita di autosufficienza è riconosciuta anche quando all'assicurato è diagnosticata una patologia nervosa o mentale di origine organica, quale il morbo di Alzheimer o altre demenze invalidanti che comportano la perdita delle capacità mentali. In merito a queste patologie, spesso la diagnosi di accertamento è condizione sufficiente per determinare il sinistro, ma in alcuni casi deve esserci anche il requisito dell'impossibilità di compiere autonomamente alcune attività basilari della vita quotidiana (ADL).

28

“*Quali prestazioni assicurative offre questa polizza?*”

Un assicurato riceve una rendita vitalizia a fronte del permanere nello stato di non autosufficienza. In alcuni casi, al determinarsi del sinistro è prevista l'erogazione di un capi-

tale di importo prestabilito, mentre determinate assicurazioni offrono anche l'erogazione di prestazioni e servizi di tipo assistenziale. Per alcuni prodotti, oltre alle prestazioni di tipo LTC, è prevista - in via accessoria o aggiuntiva - una somma assicurata in caso di decesso.

“

Questo tipo di assicurazione prevede limitazioni ed esclusioni?

”

29

Sì, come per la copertura malattie gravi, sono previsti limiti di età, periodi di carenza ed esclusioni. Pertanto, è sempre consigliabile leggere attentamente tutta la documentazione contrattuale e la nota informativa.



LINK UTILI

www.forumaniaconsumatori.it è il sito del Forum ANIA - Consumatori, una fondazione promossa dall'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) che ha l'obiettivo di facilitare e rendere ancor più costruttivo e sistematico il dialogo tra le imprese di assicurazione e le associazioni dei consumatori. Sul sito è possibile visionare tutte le iniziative e i campi di attività della fondazione.

www.ania.it è il sito dell'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), l'associazione che rappresenta le imprese di assicurazione operanti in Italia. La sua finalità principale, riconosciuta dallo Statuto, è tutelare gli interessi della categoria, coniugandoli con gli interessi generali del Paese, nella costruzione di un modello di sviluppo sostenibile riconosciuto dalle Istituzioni e dall'opinione pubblica.

www.adiconsum.it è il sito dell'Associazione Difesa Consumatori e Ambiente, che opera in molteplici settori per la tutela dei cittadini, collabora con istituzioni italiane e internazionali e pubblica numerosi periodici di informazione.

www.adoc.org è il sito dell'ADOC, Associazione Nazionale per la Difesa e l'Orientamento dei Consumatori, degli utenti, dei risparmiatori, dei malati, dei contribuenti. Offre assistenza continua in diversi campi: salute, sicurezza alimentare, servizi bancari, assicurativi, telefonici, dei trasporti e dei gestori di energia, gas e acqua.

www.cittadinanzattiva.it è il sito di Cittadinanzattiva, movimento di partecipazione civica, riconosciuta dal CNCU (presso il Ministero dello Sviluppo Economico), che opera in Italia e in Europa per la promozione e la tutela dei diritti dei cittadini e dei consumatori.

www.codacons.it è il sito di Coordinamento delle Associazioni per la Difesa dell'Ambiente e dei Diritti degli Utenti e dei Consumatori. Al Codacons aderiscono numerose associazioni che operano per la tutela degli utenti di numerosi servizi.

www.federconsumatori.it è il sito della Federconsumatori, associazione promossa dalla Cgil che ha come obiettivi prioritari l'informazione e la tutela di consumatori e utenti. Promuove molteplici iniziative, incontri, dibattiti, conferenze, ricerche e campagne informative, a diversi livelli: locale, nazionale ed europeo.

www.legaconsumatori.it è il sito della Lega Consumatori, movimento consumerista promosso dalle Acli, attivo con iniziative sul costo della vita, sugli infortuni domestici, sul credito, le banche, le assicurazioni e contro le forme di usura.

www.movimentoconsumatori.it è il sito del Movimento Consumatori, associazione indipendente che ha come obiettivi la difesa dei diritti e degli interessi individuali e collettivi degli utenti nei confronti di enti pubblici e privati, il miglioramento della qualità della vita dei cittadini e lo sviluppo di una cultura consumeristica responsabile ed ecocompatibile.

www.difesadelcittadino.it è il sito del Movimento Difesa del Cittadino, movimento indipendente che opera con l'obiettivo di promuovere la tutela dei diritti dei cittadini, informandoli e dotandoli di strumenti giuridici di autodifesa, o di assistenza tramite esperti.

www.consumatori.it è il sito dell'Unione Nazionale dei Consumatori, la più antica associazione al servizio di consumatori e utenti dal 1955. È impegnata a livello nazionale ed europeo in iniziative di educazione nelle scuole, di informazione e difesa dei consumatori.

www.aiba.it è il sito dell'Associazione Italiana Brokers di Assicurazioni e Riassicurazioni (AIBA), associazione di riferimento per i professionisti del brokeraggio assicurativo costituita a Milano il 29 ottobre 1969.

www.consob.it è il sito della Commissione Nazionale per le Società e la Borsa. La Consob vigila sul corretto funzionamento dei mercati finanziari, sulla trasparenza delle contrattazioni e delle comunicazioni al mercato. Svolge il ruolo istituzionale di tutela del risparmio anche attraverso gli obblighi di legge di cui la commissione è destinataria.

www.consap.it è il sito della CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.p.A.), la società che ha per oggetto principale l'esercizio in regime di concessione di servizi assicurativi pubblici, nonché l'espletamento di altre attività e funzioni di interesse pubblico affidatele sulla base di disposizioni di legge, concessioni e convenzioni.

www.ivass.it è il sito dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), istituto che ha recentemente sostituito l'ISVAP. È una Autorità indipendente che opera per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la protezione dei consumatori. Sul sito dell'IVASS è presente l'elenco di tutte le imprese di assicurazione italiane.

www.ioeirischi.it è il sito di Io&Irischi, l'iniziativa educativa realizzata dal Forum ANIA - Consumatori per diffondere la cultura assicurativa nelle scuole medie e superiori e nelle famiglie italiane. È promossa in collaborazione con le Università Cattolica del Sacro Cuore e Luigi Bocconi di Milano, l'Associazione Europea per l'Educazione Economica e il patrocinio di INDIRE.

L'ASSICURAZIONE IN CHIARO

Una collana di guide per il consumatore.

Una collana di guide per conoscere da vicino il mondo delle assicurazioni e prendere confidenza con le principali soluzioni utili per la tutela del proprio benessere e della propria famiglia.

Con "L'Assicurazione in chiaro", Forum ANIA - Consumatori intende promuovere l'informazione e la cultura assicurativa, dedicando queste guide a chi vuole capire le caratteristiche delle polizze, nei loro aspetti sia normativi che pratici, per scegliere in modo consapevole e informato la protezione adeguata alle proprie esigenze.

Fanno parte della collana cinque volumi, dedicati all'assicurazione r.c. auto, all'intermediazione assicurativa, all'assicurazione vita, all'assicurazione casa e famiglia e all'assicurazione salute. Tutte le pubblicazioni sono scaricabili tramite i siti del Forum e delle associazioni dei consumatori.





Fanno parte del Forum e sono rappresentate nel suo organo direttivo
nove associazioni dei consumatori

