



Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

Guida pratica alle Assicurazioni

Le regole
delle Assicurazioni
R.C. Auto,
Vita, Previdenziali
e Malattia
spiegate dall'Autorità
di vigilanza del settore



Sommario



Che cosa è l'ISVAP

5



Assicurazioni R.C. Auto

6



Assicurazioni Vita

32



Assicurazioni Malattia

58



Come presentare un Reclamo

76



AVVERTENZA

La presente guida ha un obiettivo strettamente divulgativo e di supporto al consumatore dei prodotti assicurativi a più larga diffusione.

Il linguaggio semplice e il più possibile “non tecnico” è sembrata la soluzione migliore per fornire le informazioni ritenute necessarie, nella convinzione che un consumatore più informato è un consumatore più tutelato. Taluni riferimenti a circolari ISVAP sono stati inseriti per un eventuale approfondimento della materia. Consulta il sito www.isvap.it



Che cosa è l'ISVAP

L'ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, istituito nel 1982, è l'Autorità indipendente che vigila nei confronti delle imprese di assicurazione e riassicurazione, degli agenti e dei broker e di tutti gli altri soggetti sottoposti alla legge sulle assicurazioni private.

L'ISVAP svolge funzioni di controllo, regolamentazione e sanzionatorie al fine di assicurare la stabilità del mercato, la solvibilità e l'efficienza delle imprese e degli operatori, la tutela dei consumatori nel settore.

L'ISVAP ha anche il compito di raccogliere i reclami presentati nei confronti delle imprese assicurative, di agevolare la corretta esecuzione dei contratti e di facilitare la soluzione delle questioni che gli vengono sottoposte intervenendo nei confronti dei soggetti vigilati.



Assicurazioni R.C. Auto

Diritti e doveri dell'assicurato	7
Le domande più frequenti	8
‣ Cosa è bene sapere prima di sottoscrivere un contratto r.c. auto?	8
‣ Come scegliere la copertura migliore per le tue esigenze?	9
‣ Il contraente della polizza può essere persona diversa dal proprietario del veicolo assicurato?	9
‣ Che cosa è il <i>bonus-malus</i> ?	10
‣ Cosa sono le clausole di franchigia, esclusione e rivalsa?	11
‣ Ci sono altre coperture obbligatorie per legge?	12
‣ È possibile richiedere sconti sulla tariffa?	13
‣ Quale durata ha un contratto r.c. auto?	13
‣ Con quali modalità si conclude il contratto r.c. auto?	14
‣ Come accertarsi che la compagnia di assicurazione è autorizzata?	16
‣ Qual è il documento che attesta l'avvenuto pagamento del premio?	16
‣ Che cosa è l'attestato di rischio?	17
‣ Quando deve essere trasmesso al contraente?	18
‣ Quali sono gli obblighi del contraente?	19
‣ Qual'è il periodo di validità dell'attestato di rischio?	20
‣ Come si rinnova un contratto r.c. auto?	21
‣ Come deve essere comunicata la variazione del premio?	22
‣ Quali obblighi di comunicazione ha il contraente quando vuole cambiare compagnia di assicurazione?	22
‣ Quando si ha diritto alla restituzione del premio r.c. auto?	23
Cosa fare per...	24
‣ Sospendere e riattivare la polizza	24
‣ Conservare la propria classe di merito in caso di sostituzione del veicolo	25
‣ Conservare la propria classe di merito in caso di sinistro	26
‣ Fare richiesta di risarcimento	27
‣ Denunciare un sinistro	29
‣ Definire incidenti stradali all'estero o con veicoli esteri	30



Diritti e doveri dell'assicurato



Ogni veicolo a motore per circolare deve essere coperto da assicurazione r.c. auto emessa da una impresa di assicurazione a ciò abilitata (gli elenchi sono reperibili nel sito www.isvap.it).



La sussistenza dell'assicurazione è documentata dal **contrassegno**, che deve essere esposto in modo visibile dall'esterno del veicolo, e dal **certificato di assicurazione**, che deve essere conservato ed esibito a richiesta delle autorità di polizia.

Il veicolo non assicurato è soggetto a sequestro ed il proprietario a sanzione determinata dal codice della strada.

Le imprese non possono rifiutarsi di prestare l'assicurazione r.c.auto. L'eventuale rifiuto va immediatamente segnalato all'ISVAP per gli accertamenti ed i conseguenti interventi (erogazione di sanzioni).



Ricorda che le imprese hanno l'obbligo di accettare la tua richiesta di copertura secondo le condizioni di polizza e le tariffe che devono preventivamente stabilire. Ciò non toglie che esse devono comunque verificare la correttezza dei dati risultanti dall'attestato di rischio, nonché l'identità del contraente e dell'intestatario del veicolo, se persona diversa, al fine della corretta attribuzione della classe di merito (per saperne di più vedi "Il contraente della polizza può essere una persona diversa dal proprietario del veicolo assicurato?", pag. 9). Questo significa che qualora la compagnia, una volta stipulato il contratto, verifichi che il contraente non aveva diritto alla classe di merito assegnatagli, potrà procedere alla sua rettifica e all'applicazione dei conseguenti correttivi tariffari.

Le imprese non possono inoltre subordinare il rilascio della polizza r.c. auto alla sottoscrizione di qualunque altra tipologia di contratto, eccetto che nel caso di polizza con clausola di "franchigia a recupero garantito". Per saperne di più vedi "Cosa sono le clausole di franchigia, esclusione e rivalsa?", pag. 11.



Ricorda che la compagnia (come anche l'assicurato) è libera di dare disdetta alla scadenza annuale, ma è obbligata a dare una nuova copertura se il contraente, dopo aver ricevuto la disdetta, chiede di assicurarsi nuovamente presso di essa.



Le domande più frequenti

› Cosa è bene sapere prima di sottoscrivere un contratto r.c. auto?



Le coperture r.c. auto non sono tutte uguali.

Presso le sedi delle società e con rapide consultazioni dei relativi siti internet, dove sono pubblicate nota informativa e condizioni contrattuali, puoi trovare il contratto più adatto alle tue esigenze.

La valutazione della convenienza del prodotto va effettuata tenendo conto non solo del premio di tariffa ma anche dei massimali di garanzia r.c. auto e delle condizioni contrattuali, con particolare riferimento alle clausole di franchigia, esclusione e rivalsa (per saperne di più vedi "Cosa sono le clausole di franchigia, esclusione e rivalsa?", pag. 11). Presta attenzione alle garanzie accessorie alla r.c. auto quali le garanzie incendio, furto, atti vandalici, tutela giudiziaria, assistenza, ecc., che sono oggetto di tariffazione e tassazione separate dalla r.c. auto, anche se solitamente prestate insieme ad essa. Qualora previste, è facoltà dell'assicuratore inserire nella comunicazione che deve trasmettere al contraente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, una tabella riportante le garanzie accessorie (Furto, Incendio, Cristalli, Assistenza) con indicazione per ognuna di esse del premio e del massimale relativi sia all'annualità precedente che all'annualità in corso. Per saperne di più vedi il Regolamento n. 4 del 9 agosto 2006 pubblicato nel sito dell'ISVAP.

› **Come scegliere la copertura migliore per le tue esigenze?**



Innanzitutto effettua alcuni confronti.

Nei punti vendita delle imprese è possibile ottenere preventivi personalizzati, gratuiti e vincolanti per le imprese che li forniscono, per almeno 60 giorni e per l'intero territorio nazionale. Prendi visione della documentazione necessaria ad effettuare la valutazione complessiva del prodotto per confrontarlo con le altre proposte presenti sul mercato.

Se non vuoi o non puoi muoverti da casa collegati al sito dell'ISVAP: sotto la voce "preventivi r.c. auto" troverai i *link* ai siti di tutte le compagnie assicurative autorizzate ad operare sul mercato italiano, dove potrai verificare, in relazione alle caratteristiche del tuo veicolo ed agli altri parametri di personalizzazione adottati da ciascuna compagnia, il prezzo e le condizioni praticate.

Ricorda che le imprese esercenti la r.c. auto sono tenute ad accettare la tua richiesta di copertura assicurativa obbligatoria.

› **Il contraente della polizza può essere una persona diversa dal proprietario del veicolo assicurato?**



Puoi stipulare una polizza r.c. auto a tuo nome anche se il veicolo non è di tua proprietà.

Ricorda comunque che la classe di *bonus-malus* indicata sull'attestato si riferisce al proprietario del veicolo e non al contraente. Il contraente può essere diverso da una annualità all'altra e può utilizzare la classe *bonus-malus* del proprietario del veicolo, purché questi rimanga invariato.

› Che cosa è il *bonus-malus*?



È il sistema prevalente di tariffa utilizzato per autovetture, motocicli e ciclomotori, dove la variazione in aumento o in diminuzione del premio ad ogni scadenza annuale è correlata alla condotta di guida del proprietario nel tempo, mediante l'assegnazione del contratto ad una categoria (classe di merito) che migliora in assenza e peggiora in presenza di sinistri provocati anche solo in concorso di colpa, durante un periodo di tempo denominato "periodo di osservazione". In caso di polizza stipulata per la prima annualità, il periodo di osservazione inizia dal giorno della decorrenza della copertura e termina sessanta giorni prima della scadenza annuale. Per le annualità successive (quindi in caso di rinnovo presso lo stesso assicuratore) il periodo di osservazione inizia due mesi prima della decorrenza del rinnovo e termina due mesi prima della scadenza annuale.

L'evoluzione della classe di merito avviene in base a una scala di valutazione elaborata autonomamente da ciascuna compagnia (cd. classi di merito "interne"). Al fine di garantire comparabilità tra i diversi sistemi adottati dalle imprese l'ISVAP ha istituito la classe di merito di conversione universale - CU ed ha prescritto che l'attestato di rischio indichi entrambe le classi di merito, quella "interna" e la corrispondente classe di conversione universale - CU, (per saperne di più vedi "Che cosa è l'attestato di rischio?", pag. 17).

Il veicolo assicurato per la prima volta dopo l'immatricolazione o dopo il passaggio di proprietà (voltura al PRA, acquisto per i ciclomotori), è assegnato alla classe di conversione CU 14.

Se però il passaggio di proprietà avviene tra coniugi in comunione di beni o da una pluralità di intestatari ad uno soltanto di essi, l'assicuratore (lo stesso o anche un altro) è tenuto a riconoscere la classe CU già maturata sul veicolo.

La tabella evidenzia l'evoluzione nel tempo della classe di conversione universale - CU, nell'ambito delle 18 previste, in base ai sinistri registrati nel periodo di osservazione:

Classe di merito CU	0 sinistri	1 sinistro	2 sinistri	3 sinistri	4 o più sinistri
1	1	3	6	9	12
2	1	4	7	10	13
3	2	5	8	11	14
4	3	6	9	12	15
5	4	7	10	13	16
6	5	8	11	14	17
7	6	9	12	15	18
8	7	10	13	16	18
9	8	11	14	17	18
10	9	12	15	18	18
11	10	13	16	18	18
12	11	14	17	18	18
13	12	15	18	18	18
14	13	16	18	18	18
15	14	17	18	18	18
16	15	18	18	18	18
17	16	18	18	18	18
18	17	18	18	18	18

Per saperne di più vedi il Regolamento n.4 del 9 agosto 2006 pubblicato sul sito dell'ISVAP

› Cosa sono le clausole di franchigia, esclusione e rivalsa?



La clausola di franchigia è una condizione contrattuale in base alla quale una parte del costo del sinistro liquidato dall'impresa al terzo resta a carico del contraente, il quale dovrà quindi restituirla alla compagnia, usufruendo per questo di un premio inferiore.

Al fine di rendere più agevole il recupero della franchigia da parte dell'impresa, può essere prevista la clausola di franchigia a recupero garantito, in base alla quale l'assicuratore può legittimamente proporre al contraente, in abbinamento al contratto r.c. auto, altri contratti assicurativi, bancari o finanziari, con i quali si garantisce, allorché paghi un sinistro alla controparte, il recupero della parte di risarcimento (franchigia) a carico del proprio assicurato.

Ricorda tuttavia che al di fuori del caso della franchigia a recupero garantito, le compagnie non possono mai subordinare il rilascio della polizza r.c. auto alla sottoscrizione di qualunque altra tipologia di contratto (per saperne di più vedi la domanda successiva “Ci sono altre coperture obbligatorie per legge?”).



Le clausole di esclusione e rivalsa sono condizioni contrattuali che limitano o escludono la copertura del rischio e quindi il risarcimento in caso di sinistro. In presenza di tali limiti la compagnia è comunque obbligata a liquidare un eventuale sinistro al danneggiato ma ha diritto di rivalersi sul contraente, cioè di chiedergli la restituzione totale o parziale di quanto pagato.

I casi di esclusione indicati dalle compagnie sono gli incidenti provocati dal conducente in stato di ebbrezza o sotto effetto di sostanze stupefacenti ovvero la guida senza patente. Ci sono compagnie che presentano anche polizze nelle quali la copertura è limitata al solo caso di conducenti identificati nel contratto: quindi se l'incidente è provocato da un conducente diverso da quello indicato in contratto, la compagnia ha diritto di rivalsa verso il contraente per l'importo pagato al danneggiato.



Leggi con attenzione le clausole di franchigia, esclusione e rivalsa previste dal tuo contratto che devono essere indicate nella nota informativa precontrattuale; per una scelta consapevole confronta i prezzi dei preventivi anche con riferimento alla presenza o meno di clausole di esclusione e rivalsa.

► Ci sono altre coperture obbligatorie per legge?



Solo la r.c. auto è obbligatoria per legge.

La stipula del contratto r.c. auto non può essere in nessun caso subordinata alla stipula di ulteriori contratti assicurativi, bancari o finanziari, eccetto il caso di polizza con clausola di franchigia a recupero garantito (per saperne di più vedi la domanda precedente “Cosa sono le clausole di franchigia, esclusione e rivalsa?”, pag.11).

Segnala i casi di abuso all'Istituto, che interverrà nei confronti delle imprese con i provvedimenti di competenza, compresi quelli sanzionatori.

› È possibile richiedere sconti sulla tariffa?



Ogni compagnia ha facoltà di applicare sconti, cioè riduzioni del premio r.c. auto rispetto alla tariffa in corso: in questo caso è tenuta ad indicare in modo chiaro, sulla polizza, lo sconto applicato.

Occorre prestare attenzione al fatto che la compagnia non è tenuta ad applicare lo sconto anche alle annualità successive; se tuttavia ritiene di concederlo nuovamente, lo sconto deve essere chiaramente indicato nella quietanza.

› Quale durata ha un contratto r.c. auto?



La durata è fissata in un anno e decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui hai pagato il premio. Sono possibili eccezioni, se richieste, per durate sia inferiori che superiori all'anno. In questi casi è opportuno fare attenzione alle condizioni contrattuali poiché il costo della polizza potrebbe essere proporzionalmente più elevato.

L'assicuratore è obbligato a risarcire i sinistri avvenuti entro la data di scadenza indicata nel certificato di assicurazione.



Se alla scadenza il contraente non paga i premi successivi il contratto si sospende a partire dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza. Fino a quel momento, e cioè per 15 giorni dopo la scadenza, l'assicuratore risponde dei sinistri causati dal proprio assicurato nonostante il mancato pagamento del premio alla scadenza e indipendentemente dal fatto che poi l'assicurato vi adempia oppure no. E' il cosiddetto **periodo di tolleranza o di comportamento**, che si applica sempre nel caso di contratti a tacito rinnovo, mentre nei contratti senza tacito rinnovo (per saperne di più vedi "Come si rinnova un contratto r.c. auto?", pag. 21), il periodo di tolleranza si applica di diritto solo alle scadenze intermedie e non alla scadenza annuale, quando il contratto cessa automaticamente di avere effetti. Verifica tuttavia le condizioni di contratto poiché le compagnie in genere prevedono anche per i contratti senza tacito rinnovo la proroga della copertura assicurativa per i quindici giorni successivi alla scadenza annuale subordinandola, nella maggior parte dei casi, alla stipula del nuovo

contratto presso di sé entro lo stesso termine di 15 giorni.



In caso di **furto** del veicolo, il contratto r.c. auto cessa di avere effetto a partire dal giorno successivo alla denuncia presentata all'autorità di pubblica sicurezza. L'assicurato ha diritto al rimborso della parte di premio relativa al residuo periodo di assicurazione (cioè al periodo che va dal giorno successivo alla denuncia a quello di scadenza indicato nel certificato di assicurazione), detratto un importo corrispondente all'imposta sulle assicurazioni e al contributo al Servizio Sanitario Nazionale pagati dalla compagnia.

› Con quali modalità si conclude il contratto r.c. auto?



Il collocamento di un contratto di assicurazione r.c. auto avviene attraverso intermediari assicurativi iscritti nel Registro unico degli intermediari (agenti, broker, banche, addetti all'attività di intermediazione, quali subagenti, produttori e collaboratori, che operano per conto di un intermediario al di fuori dei locali di quest'ultimo) oppure attraverso addetti all'attività di intermediazione non iscritti nel Registro, operanti all'interno dei locali di un intermediario iscritto, o ancora attraverso telefono o internet, ove previsto dalla compagnia prescelta.

Verifica che l'intermediario sia iscritto in una delle apposite sezioni del Registro unico pubblicato nel sito dell'ISVAP e, comunque, che sia abilitato al rilascio dei documenti assicurativi.



Il contratto r.c. auto si conclude solitamente mediante sottoscrizione della polizza, pagamento del premio e rilascio da parte dell'assicuratore dei documenti assicurativi: **contrassegno e certificato**, che sono indispensabili per circolare, nonché le condizioni di polizza. Il **contrassegno** deve essere esposto sul veicolo entro 5 giorni dal pagamento del premio o della rata di premio. Quindi puoi pretendere che la tua compagnia ti consegni i documenti assicurativi entro tale termine. Durante tale periodo l'adempimento dell'obbligo di assicurazione è provato dall'esposizione della quietanza di pagamento del premio. Nel caso di vendite tramite internet o telefono la compagnia invia per fax un documento provvisorio che ha validità per 5 giorni, entro i quali deve pervenire al domicilio dell'assicurato l'originale della documenta-

zione assicurativa. Ricorda che l'eventuale errore o inesattezza delle informazioni fornite, nonché il mancato invio di documenti richiesti possono provocare il recesso dal contratto e, in ogni caso, un ricalcolo del premio.



Qualora tu concluda il contratto mediante internet, ricorda che l'ISVAP ha dettato alcune regole di condotta che prevedono ulteriori specifiche tutele per il consumatore: per saperne di più consulta la circolare n. 393 del 17 gennaio 2000 e l'apposita pagina sul sito dell'ISVAP.



Se concludi un contratto a distanza (es. **telemarketing**), ricorda che prima della stipulazione ti dovranno essere fornite (e quindi potrai pretendere) oltre alla informativa precontrattuale prevista per tutti i tipi di contratti, concernente i dati essenziali degli intermediari e la loro attività (ad es. numero e data di iscrizione dell'intermediario nel Registro unico, con indicazione della sezione e della veste in cui opera ovvero, in caso di addetto all'attività di intermediazione non iscritto nel Registro, operante all'interno dei locali di un intermediario iscritto, natura del rapporto con l'intermediario per il quale svolge l'attività; potenziali situazioni di conflitto di interessi dell'intermediario connesse alla detenzione di partecipazioni in un'impresa di assicurazioni o viceversa; eventuale obbligo dell'intermediario di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione; misura delle provvigioni riconosciutegli dall'impresa o dalle imprese in relazione alle polizze offerte) anche le seguenti informazioni:

- principali caratteristiche del servizio o del contratto offerto
- premio totale, compresi i relativi oneri, commissioni, spese ed imposte, che dovrai corrispondere
- qualsiasi costo specifico aggiuntivo relativo all'utilizzazione della tecnica a distanza.



Ti dovrà inoltre essere trasmesso un riepilogo dei principali obblighi di comportamento dell'intermediario (ad es. obbligo di proporre contratti adeguati alle tue esigenze di copertura assicurativa).

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



Ricorda che 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, se successiva, dalla data in cui riceve le condizioni di polizza o le informazioni precontrattuali, sempre che entro il predetto termine non si sia verificato il sinistro.

› **Come accertarsi che la compagnia di assicurazione è autorizzata?**



Il settore assicurativo è sottoposto a controlli previsti dalla legge e le imprese di assicurazione, per poter operare, devono essere dotate di specifica autorizzazione.

Verifica sempre che la denominazione della compagnia corrisponda ad una impresa autorizzata all'esercizio del ramo r.c. auto: al riguardo puoi consultare gli elenchi delle imprese di assicurazione italiane ed estere abilitate ad operare in Italia sul sito internet dell'ISVAP.

Il Codice delle assicurazioni prevede l'istituzione dell'Albo delle imprese entro la fine del 2007.

Qualora la scelta ricada su una società estera appartenente all'Unione Europea, occorre tener presente che la legislazione applicabile al contratto, che deve essere indicata nella nota informativa, può non essere quella italiana. Tuttavia le disposizioni specifiche stabilite dalla legge italiana in materia di r.c. auto prevalgono su quelle della legge straniera applicabile al contratto. Se il contratto è stipulato tramite tecnica di comunicazione a distanza (es. internet), al consumatore deve essere comunque riconosciuta la tutela prevista dalla legge italiana in materia di informativa precontrattuale per i contratti stipulati attraverso questa particolare tecnica.

› **Qual è il documento che attesta l'avvenuto pagamento del premio?**



Il premio può essere generalmente pagato con diverse modalità.

La **quietanza** è la prova di avvenuto pagamento del premio.

In genere nella r.c. auto il rilascio del certificato e del contrassegno vale quale quietanza.



Ricorda che il pagamento del premio può avvenire con assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato o girato all'impresa, oppure intestato all'intermediario espressamente in tale qualità, ovvero con ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario uno dei suddetti soggetti.



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

Presta la massima attenzione al pagamento del premio in contanti: in tal caso pretendi il contestuale rilascio della quietanza firmata. Puoi pagare il premio annuale anche con rate semestrali o trimestrali, a seconda di quanto previsto nelle norme tariffarie dell'impresa. In questo caso verifica il costo aggiuntivo di frazionamento che viene applicato.



All'atto della conclusione del contratto ti devono anche essere consegnati: le condizioni contrattuali, il modello per la richiesta di risarcimento del danno e il modulo di denuncia (cosiddetto modulo blu di constatazione amichevole)

› Che cosa è l'attestato di rischio?



L'attestato di rischio è il documento che rappresenta la storia dei sinistri del veicolo.

Esso riporta i sinistri verificatisi negli ultimi 5 anni e, in caso di tariffa *bonus-malus*, le classi di merito di provenienza e di assegnazione, riferite al proprietario del veicolo, stabilite sulla base di una scala di valutazione elaborata autonomamente da ciascuna impresa (cd. classi di merito "interne"), che premia o penalizza in modo diverso la situazione relativa alla sinistralità pregressa.

È anche indicata la corrispondente classe di conversione universale-CU, calcolata in base alla scala *bonus-malus* comune a tutte le imprese, costituita da 18 classi di merito, che garantisce all'assicurato omogeneità di valutazione allorché passi da una compagnia ad un'altra,

indipendentemente dalle regole evolutive interne adottate da ciascuna di esse (per saperne di più vedi “Che cosa è il *bonus-malus?*”, pag.10).



E' infatti possibile, sulla base delle informazioni contenute nell'attestato di rischio, cambiare compagnia e conservare la propria storia assicurativa, vedendo riconosciuta la sinistrosità pregressa ovvero valorizzata la condotta di guida virtuosa.

› Quando deve essere trasmesso al contraente?



Ricorda che la compagnia ha il dovere di trasmettere l'attestato al domicilio del contraente - unitamente ad una comunicazione scritta recante le modalità di esercizio dell'eventuale disdetta ed informazioni sul premio di rinnovo - anche in caso contratti a tacito rinnovo o di disdetta, qualunque sia la forma tariffaria ed il canale di vendita utilizzati, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

In caso di sospensione, l'assicuratore dovrà trasmettere al domicilio del contraente attestato e comunicazione almeno 30 giorni prima della scadenza del periodo di tempo per il quale il contratto è stato prorogato all'atto della riattivazione.

La compagnia ha inoltre il dovere di inviare al domicilio del contraente l'attestazione aggiornata e rettificata qualora un sinistro posto a riserva, che abbia dato luogo alla maggiorazione del premio, sia stato poi eliminato come senza seguito, anche se nel frattempo il contraente ha cambiato compagnia (per saperne di più vedi “Denunciare un sinistro”, pag. 29). In ogni caso il contraente ha diritto alla riclassificazione del contratto in corso.

La compagnia deve inviare l'attestato al domicilio del contraente anche in caso di furto, esportazione definitiva all'estero, consegna in conto vendita, demolizione, cessazione definitiva della circolazione del veicolo avvenuti dopo la conclusione del “periodo di osservazione” (cioè nei 2 mesi antecedenti alla scadenza annua del contratto, per saperne di più vedi “Che cosa è il *bonus-malus?*”, pag. 10), nonché in caso di vendita del veicolo, (sempre avvenuta dopo la conclusione del periodo di osservazione), qualora il venditore scelga di risolvere (cioè

sciogliere) il contratto anzichè cederlo all'acquirente o trasferirlo su altro veicolo di proprietà.

Qualora il furto, l'esportazione definitiva all'estero, la consegna in conto vendita, la demolizione, la cessazione definitiva della circolazione, la vendita del veicolo con risoluzione del contratto avvengano prima della conclusione del "periodo di osservazione" (cioè prima di 2 mesi dalla scadenza annua del contratto), o qualora un contratto annuale abbia durata inferiore per il mancato pagamento di una rata di premio, la compagnia non è tenuta a inviare al contraente l'attestato di rischio.

Nel caso di passaggio di proprietà del veicolo da una pluralità di intestatari ad uno soltanto di essi, l'attestato deve essere inviato al domicilio di quest'ultimo.

Nei contratti di leasing o di noleggio a lungo termine non inferiori a 12 mesi l'utilizzatore del veicolo può, alla scadenza, richiedere il rilascio di un duplicato dell'ultimo attestato di rischio relativo al veicolo utilizzato per assicurare, presso la stessa o altra compagnia, il medesimo veicolo, se acquisito in proprietà mediante riscatto, o altro veicolo di sua proprietà. L'assicuratore classifica il contratto sulla base delle informazioni contenute nell'attestato e assegna il veicolo alla medesima classe di conversione universale CU, previa verifica della effettiva utilizzazione da parte del richiedente del veicolo cui l'attestato si riferisce, anche mediante dichiarazione rilasciata dal precedente contraente (società di leasing o di noleggio).

Per i contratti conclusi a distanza, nel caso di recesso a seguito dell'esercizio del "diritto di ripensamento" (per saperne di più vedi "Con quali modalità si conclude il contratto r.c. auto?", pag. 14), la compagnia rilascia al contraente una dichiarazione di avvenuta risoluzione del rapporto che il contraente medesimo deve esibire al nuovo assicuratore per la stipulazione del contratto.

► Quali sono gli obblighi del contraente?



Ricorda che quando vuoi assicurare il tuo veicolo con altro assicuratore devi sempre consegnare all'atto della sottoscrizione del contratto un attestato di rischio in corso di validità: in assenza di tale docu-

mento, il contratto è assegnato alla classe CU 18.

Se al momento della stipulazione ti trovi nell'impossibilità di consegnare l'attestato al nuovo assicuratore, puoi comunque farlo entro 3 mesi: avrai così diritto alla riclassificazione del contratto in base alle informazioni contenute nell'attestato stesso e al ripristino della relativa classe di conversione universale-CU. L'assicuratore provvederà inoltre a calcolare l'eventuale differenza di premio risultante a tuo credito o debito, che dovrà essere regolata entro la data di scadenza del contratto.

› Qual è il periodo di validità dell'attestato di rischio?



L'attestato di rischio ha validità di 12 mesi dalla scadenza del relativo contratto, ovvero di 18 mesi a condizione che il contraente dichiari ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 c.c. di non aver circolato dopo la scadenza.

Nei casi di furto, demolizione o cessazione definitiva della circolazione di un veicolo, avvenuti in corso di contratto e prima della conclusione del periodo di osservazione, quando cioè l'assicuratore non è ancora tenuto a trasmettere l'attestato relativo all'annualità in corso, la validità dell'attestato (evidentemente di quello inviato al contraente alla precedente scadenza contrattuale) è di 12 mesi dalla data del furto, demolizione o cessazione definitiva della circolazione.

Nei casi di vendita, esportazione definitiva e consegna in conto vendita avvenuti in corso di contratto e prima della conclusione del periodo di osservazione, con conseguente indisponibilità dell'attestato concernente l'annualità in corso, il termine di validità dell'attestato (quello già rilasciato e relativo alla precedente annualità) rimane di 12 mesi dalla scadenza del contratto (relativo all'anno precedente).

Nei casi di deterioramento, smarrimento o mancato pervenimento dell'attestato, il contraente (o, se persona diversa, il proprietario, l'usufruttuario, l'acquirente del veicolo a rate o l'utilizzatore in leasing) può richiedere all'assicuratore il rilascio di un duplicato entro 15 giorni, senza applicazione di costi. Il duplicato può essere rilasciato anche a persona delegata, purché munita di delega scritta espressamente rilasciatagli dall'avente diritto e di copia di valido documento di riconoscimento di quest'ultimo.



Per saperne di più consulta sul sito dell'ISVAP il regolamento n. 4 del 9 agosto 2006.

› Come si rinnova un contratto r.c. auto?

I contratti r.c. auto possono essere con o senza tacito rinnovo.



Quelli a **tacito rinnovo** si intendono prorogati per l'annualità successiva in mancanza di disdetta scritta inviata dalle parti entro il termine di legge di almeno 15 giorni prima della scadenza annuale. I contratti che prevedono il tacito rinnovo in assenza di disdetta inviata nel termine di legge, per i quali l'assicuratore abbia contrattualmente rinunciato alla comunicazione per iscritto della disdetta da parte del contraente in caso di aumento del premio, al verificarsi di tale ultima circostanza (l'aumento del premio), si intendono prorogati solo in presenza di una esplicita manifestazione di volontà del contraente tesa alla prosecuzione del rapporto (ad es. il pagamento del nuovo premio), non essendo sufficiente a tal fine il mero silenzio.



I **contratti senza tacito rinnovo** ("a scadenza secca") esauriscono i loro effetti alla scadenza (talvolta i contratti prevedono un periodo di tolleranza con prolungamento della garanzia assicurativa sino al 15° giorno successivo alla scadenza annuale: per saperne di più vedi "Quale durata ha un contratto r.c. auto?", pag. 13). In ogni caso per la conclusione del nuovo contratto è necessaria una nuova manifestazione di volontà.



Nel caso in cui l'assicuratore proceda a formalizzare la disdetta contrattuale in occasione della comunicazione scritta inviata al contraente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, egli deve specificare nella medesima comunicazione il suo obbligo di dare nuova copertura qualora il contraente, nonostante la disdetta, chieda nuovamente di assicurarsi.

› Come deve essere comunicata la variazione del premio ?



L'assicuratore deve in ogni caso trasmettere al contraente, unitamente all'attestato di rischio e almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, una comunicazione scritta contenente, tra l'altro, informazioni sul premio di rinnovo: o fornendole direttamente, con indicazione dettagliata delle singole componenti della variazione del premio rispetto all'annualità precedente (es. per variazione tariffaria, per variazione della classe di merito), o indirettamente, mediante invito al contraente a rivolgersi all'agente/punto vendita/call center, che dovranno fornire le informazioni in argomento.

Per saperne di più consulta sul sito dell'ISVAP il regolamento n. 4 del 9 agosto 2006.

› Quali obblighi di comunicazione ha il contraente quando vuole cambiare compagnia di assicurazione?



L'assicuratore deve in ogni caso trasmettere al contraente, unitamente all'attestato di rischio e almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, una comunicazione scritta, contenente tra l'altro le modalità di esercizio della disdetta relative al suo contratto.

- **Contratti senza tacito rinnovo** ("a scadenza secca"): non hai alcun obbligo di comunicare disdetta alla compagnia poichè alla scadenza annuale il contratto si estingue.
- **Contratti a tacito rinnovo in assenza di disdetta scritta inviata almeno 15 giorni prima della scadenza annuale**, per i quali l'assicuratore abbia contrattualmente rinunciato alla comunicazione di disdetta da parte del contraente in caso di aumento del premio: verificandosi tale circostanza (l'aumento del premio) non hai l'obbligo di comunicare disdetta alla compagnia.
- **Contratto a tacito rinnovo in assenza di disdetta scritta inviata almeno 15 giorni prima della scadenza annuale**: hai l'obbligo di comunicare alla compagnia, con raccomandata a.r. o con telefax, la disdetta contrattuale nel predetto termine.



Se l'aumento della tariffa annua (non derivante dall'applicazione del

“malus”, per saperne di più vedi “Che cosa è il bonus-malus?”, pag 10) è superiore al tasso di inflazione programmato, l'assicuratore deve specificare nella predetta comunicazione che hai diritto di esercitare disdetta mediante comunicazione scritta da inoltrarsi con raccomandata a.r., telefax o consegna a mano agli indirizzi ivi indicati fino al giorno di scadenza del contratto.

Ricorda che in tal caso non si applica il periodo di tolleranza o di comportamento poiché la garanzia assicurativa cessa di avere efficacia il giorno stesso della scadenza (per saperne di più vedi “Quale durata ha un contratto r.c. auto?”, pag 13?).

› Quando si ha diritto alla restituzione del premio r.c. auto?



Nel caso tu decida di vendere il tuo veicolo in corso di contratto e scelga di non cedere la relativa garanzia r.c. auto al nuovo acquirente ovvero di non trasferire la stessa su altro veicolo di proprietà, il contratto stesso si risolve a far data dal trasferimento di proprietà e hai diritto, per effetto della cessazione del rischio, alla restituzione della parte di premio pagata e non goduta, previa restituzione del certificato e del contrassegno, detratto però un importo corrispondente all'imposta pagata dall'assicuratore e al contributo obbligatorio da questi versato al Servizio Sanitario Nazionale.



Hai diritto alla restituzione della parte di premio pagata e non goduta (al netto degli importi sopra citati) anche nelle ipotesi di demolizione o cessazione della circolazione del veicolo senza trasferimento della relativa garanzia su altro veicolo, ovvero nel caso in cui alla sospensione del contratto non sia seguita la riattivazione nei termini contrattualmente previsti e si sia verificato uno degli eventi sopra descritti (vendita, demolizione o cessazione della circolazione del veicolo).



In caso di furto del veicolo, hai diritto al rimborso della parte di premio pagata e non goduta (al netto degli importi sopra citati) relativa al periodo che va dal giorno successivo alla denuncia all'autorità di pubblica sicurezza a quello di scadenza indicato nel certificato di assicurazione.



Non confondere il premio relativo alla copertura obbligatoria della responsabilità civile verso i terzi con il premio relativo alla assicurazione volontaria contro il furto del veicolo, solitamente prestata come garanzia accessoria alla prima, che invece è dovuto per l'intera annualità. Ciò significa che, in caso di furto del veicolo, non avrai diritto al rimborso del premio o delle rate di premio già versate relative alla garanzia furto, ma avrai anzi l'obbligo di pagare le eventuali rate residue successive al furto fino alla scadenza annua del contratto.



Cosa fare per...

› Sospendere e riattivare la polizza



Se sai con certezza di non utilizzare il tuo veicolo per un certo periodo di tempo, puoi richiedere la sospensione della polizza.

Verifica che tale opportunità sia prevista dal contratto che hai sottoscritto, controlla quale sia il periodo minimo di sospensione per ottenere una posticipazione della scadenza contrattuale e, quindi, beneficiarne in termini di premio.

Non tutti i contratti prevedono la possibilità della sospensione della garanzia e spesso si prevede un periodo minimo di tre mesi perché tale sospensione sia di vantaggio per il contraente: infatti solo per sospensioni superiori a questo limite si proroga la validità del contratto per un periodo uguale al periodo stesso di sospensione.

Fai attenzione alla durata massima del periodo di sospensione prevista nel contratto, che in genere è di un anno.

Quando sospendi il contratto devi restituire all'assicuratore il contrassegno e il certificato: il veicolo è dunque privo di garanzia e non può circolare. Quando richiedi la riattivazione, non oltre il termine massimo previsto nel contratto, l'assicuratore ti consegna nuovamente i docu-

menti assicurativi provvedendo, in base al contratto, a differire la scadenza della polizza e a regolare il premio, a volte secondo la tariffa in vigore in quel momento. Almeno 30 giorni prima della scadenza del periodo di proroga, l'assicuratore ti deve trasmettere l'attestato di rischio, unitamente ad una comunicazione scritta recante le modalità di esercizio dell'eventuale disdetta ed informazioni sul premio di rinnovo (per saperne di più vedi "Che cosa è l'attestato di rischio?", pag. 17)

Se non richiedi la riattivazione nel termine massimo previsto nel contratto, questo si scioglie e conseguentemente perdi il diritto alla conservazione della classe di merito. Per la restituzione della parte di premio pagata e non goduta vedi "Quando si ha diritto alla restituzione del premio r.c. auto?", pag. 23.

› **Conservare la propria classe di merito in caso di sostituzione del veicolo**



Ricorda che se acquisti un veicolo e puoi documentare la vendita, la consegna in conto vendita, il furto, la demolizione, la cessazione definitiva della circolazione o la definitiva esportazione all'estero di un veicolo di tua proprietà precedentemente assicurato, l'assicuratore (lo stesso o anche un altro) dovrà classificare il contratto relativo al veicolo acquistato sulla base delle informazioni contenute nell'attestato di rischio relativo al veicolo precedente, purchè in corso di validità (per saperne di più vedi "Qual è il periodo di validità dell'attestato di rischio?", pag. 20), mantenendo la medesima classe di conversione universale-CU.

Per i ciclomotori immessi in circolazione prima del 14 luglio 2006, data di entrata in vigore del nuovo regime di targatura, che non vi abbiano volontariamente aderito, tale disposizione si applica nei soli casi di furto e demolizione certificati del mezzo. Per i ciclomotori immessi in circolazione dal 14 luglio 2006, ovvero per quelli già in circolazione a questa data che abbiano volontariamente aderito al nuovo regime, essa si applica anche nei casi di consegna in conto vendita, cessazione definitiva della circolazione o definitiva esportazione all'estero.

Ricorda anche che, qualora tu abbia trasferito su un veicolo di nuova proprietà la classe CU relativa ad altro veicolo di tua proprietà conse-

gnato in conto vendita o oggetto di furto, l'assicuratore (lo stesso o anche un altro) dovrà inserire quest'ultimo nella classe CU 14 nel caso rimanga invenduto oppure sia ritrovato.

› **Conservare la propria classe di merito in caso di sinistro**



Qualora previsto, puoi conservare la classe di merito anche a seguito di sinistro o di sinistri risarciti dal tuo assicuratore: infatti le condizioni contrattuali possono prevedere la possibilità per l'assicurato di rimborsare alla compagnia gli importi liquidati a titolo definitivo nel corso del periodo di osservazione per sinistri rientranti o meno nella procedura di risarcimento diretto (per saperne di più vedi "Fare richiesta di risarcimento", pag. 27). Ricorda che puoi esercitare tale facoltà anche se comunichi la disdetta e passi ad altra compagnia.

Questa per te può rappresentare una opportunità importante da utilizzare nei casi di sinistri di modesta entità, poiché ti consente di evitare il *malus* e la conseguente maggiorazione di premio.

Verifica dunque le condizioni contrattuali che hai sottoscritto.

In caso affermativo, la comunicazione che l'assicuratore deve inviarti, unitamente all'attestato di rischio, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, dovrà contenere le seguenti informazioni:

- a) sinistri rientranti nella procedura di risarcimento diretto
 - numero del sinistro/i, data di accadimento, nominativo delle parti coinvolte;
 - modalità da seguire per richiedere direttamente o per il tramite dell'agente/punto vendita/call center, alla Stanza di compensazione c/o CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.p.A. – Via Yser, 14 – 00198 Roma – www.consap.it), l'ammontare dell'importo liquidato. La Stanza di compensazione ti fornirà direttamente tutte le informazioni circa le modalità da seguire per effettuare il rimborso;
 - classe di merito (interna e corrispondente CU) in cui sarà riclassificato il contratto e importo del premio da pagare per l'annualità successiva, qualora il rimborso riguardi il sinistro/tutti i sinistri pagato/i a titolo definitivo nel periodo di osservazione, rientrante/i o meno nella procedura di risarcimento diretto;
 - dichiarazione che la società procederà a riclassificare il contratto in base alle relative condizioni, ricalcolando la classe di merito (interna

- e corrispondente CU) e il premio dell'annualità successiva in funzione del/i sinistro/i rimborsato/i, qualora il rimborso non riguardi tutti i sinistri pagati a titolo definitivo nel periodo di osservazione;
- b) sinistri non rientranti nella procedura di risarcimento diretto
- numero del sinistro/i, data di accadimento, nominativo delle parti coinvolte, importo e data di pagamento;
 - classe di merito (interna e corrispondente CU) in cui sarà riclassificato il contratto e importo del premio da pagare per l'annualità successiva, qualora il rimborso riguardi il sinistro/tutti i sinistri pagato/i a titolo definitivo nel periodo di osservazione, compreso/i quello/i eventualmente rientrante/i nella procedura di risarcimento diretto;
 - dichiarazione che la società procederà a riclassificare il contratto in base alle relative condizioni, ricalcolando la classe di merito (interna e corrispondente CU) e il premio dell'annualità successiva in funzione del/i sinistro/i rimborsato/i, qualora il rimborso non riguardi tutti i sinistri pagati a titolo definitivo nel periodo di osservazione.



Per saperne di più consulta sul sito dell'ISVAP il regolamento n. 4 del 9 agosto 2006.

› Fare richiesta di risarcimento



Ricorda che dal **1° febbraio 2007**, se hai un incidente con un altro veicolo che abbia causato danni alle cose trasportate di tua proprietà, al veicolo e/o lesioni non gravi alla tua persona ovvero al conducente dell'altro veicolo coinvolto, devi rivolgerti direttamente al tuo assicuratore che è tenuto a risarcire il tuo danno.



Fai molta attenzione ai **seguenti casi** in cui si applica la nuova procedura di risarcimento diretto, perché solo in questi dovrai fare **richiesta di risarcimento al tuo assicuratore**. Negli altri casi dovrai infatti rivolgere la richiesta all'assicuratore del veicolo che ritieni responsabile, in tutto o in parte, dell'incidente.

L'incidente deve aver coinvolto **soltanto due veicoli** entrambi identificati, assicurati ed immatricolati in Italia.

Se uno dei due veicoli (o entrambi) è un **ciclomotore**, deve essere tar-

gato secondo il nuovo regime di targatura entrato in vigore il 14 luglio 2006. La nuova procedura di risarcimento diretto si applica quindi a tutti i ciclomotori immessi in circolazione dal 14 luglio 2006, mentre a quelli già in circolazione a questa data essa si applica soltanto se abbiano volontariamente aderito al nuovo regime.

Se oltre alle cose trasportate ed al veicolo tu, o il conducente dell'altro veicolo, avete riportato danni fisici, deve trattarsi di lesioni non gravi, cioè di danni alla persona con invalidità permanente non superiore al 9%.

La procedura di risarcimento diretto si applica anche se sul tuo o sull'altro veicolo coinvolto erano presenti, oltre ai conducenti, altre persone che hanno subito lesioni anche gravi (cioè danni alla persona con invalidità permanente superiore al 9%), mentre non si applica in caso di danni fisici subiti da passanti.



La richiesta di risarcimento potrà essere consegnata a mano al tuo assicuratore oppure inviata mediante lettera raccomandata a.r. o a mezzo telegramma, telefax o posta elettronica (a meno che quest'ultimo mezzo sia escluso dal tuo contratto).



Ricorda che il tuo assicuratore è **obbligato a formulare offerta di risarcimento entro 60 giorni dal pervenimento della richiesta per i danni alle cose o al veicolo ed entro 90 giorni per i danni alla persona**. Il termine di 60 giorni si riduce a 30 giorni se tu e il conducente dell'altro veicolo avete **sottoscritto congiuntamente il modulo di constatazione amichevole (C.A.I.)**.

Per questo è molto importante che la **richiesta di risarcimento** sia **completa** di tutti gli elementi richiesti dalla legge. Per predisporre la richiesta puoi rivolgerti al tuo assicuratore che è tenuto a fornirti tutta **l'assistenza necessaria** anche ai fini della quantificazione dei danni alle cose ed al veicolo. Se la richiesta è incompleta di qualche elemento essenziale, l'assicuratore è inoltre tenuto ad informarti richiedendoti di integrare la richiesta stessa.



Se dichiari di accettare la somma che ti viene offerta, l'assicuratore è tenuto ad effettuare il pagamento entro 15 giorni.

Ricorda inoltre che se non raggiungi un accordo con il tuo assicuratore potrai agire in giudizio soltanto nei suoi confronti.



Al di fuori di questi casi, e cioè nelle ipotesi di incidente con un altro veicolo immatricolato all'estero o in cui siano rimasti coinvolti più di due veicoli, ovvero di sinistro da cui siano derivate lesioni a passanti o lesioni al conducente superiori a nove punti di invalidità ("lesioni gravi"), il danneggiato dovrà fare richiesta di risarcimento all'assicuratore del veicolo responsabile.



Il Codice prevede inoltre che se in un sinistro subisce lesioni personali il terzo trasportato, questi dovrà fare richiesta di risarcimento all'assicuratore del veicolo sul quale viaggiava, il quale indennizzerà il danno negli stessi tempi sopra richiamati (60, 30 o 90 giorni a seconda dei casi) fino all'importo del massimale minimo di legge (774.685,35) a prescindere dall'accertamento della responsabilità dei conducenti. Se il danno supera il massimale minimo di legge, il terzo trasportato avrà diritto di richiedere la parte eccedente all'assicuratore del responsabile, sempre che questi sia assicurato per un massimale superiore a quello minimo di legge.

› Denunciare un sinistro



Ricorda che hai l'obbligo di informare per iscritto il tuo assicuratore nel caso tu abbia subito o provocato un incidente stradale. A tal proposito la compilazione del modulo di denuncia (modulo blu di constatazione amichevole) e la consegna al tuo assicuratore adempie agevolmente a tale obbligo. È quindi tuo interesse informare la compagnia assicuratrice anche nel caso tu ritenga di non avere responsabilità (denuncia cautelativa). In base al contratto r.c. auto la compagnia è titolare della gestione della lite, può cioè procedere, in caso di sinistro non rientrante nella procedura di indennizzo diretto, alla trattazione con la controparte, in presenza di una richiesta di risarcimento. Nel caso in cui la compagnia effettui un pagamento anche solo per

concorso di colpa ovvero semplicemente accantoni, come impone la legge, una somma per far fronte all'eventuale futuro risarcimento di un danno, in caso di tariffa bonus-malus scatta automaticamente, alla prima scadenza annua successiva, il "*malus*" con conseguente maggiorazione del premio.

Se il danno che aveva fatto scattare il "*malus*" non verrà poi risarcito ed il sinistro sarà eliminato come "senza seguito", l'assicuratore deve prevedere nelle condizioni le modalità per il rimborso del maggior premio pagato, riattribuire la corretta classe di merito e inviare al domicilio del contraente l'attestato rettificato, anche se questi nel frattempo ha cambiato compagnia.

In ogni caso il contraente ha diritto alla riclassificazione del contratto in corso (per saperne di più vedi "Che cosa è l'attestato di rischio?", pag. 17).

› Definire incidenti stradali all'estero o con veicoli esteri



1) Incidenti in Italia con veicoli esteri

Se sei rimasto vittima di un incidente stradale provocato in Italia da un veicolo immatricolato all'estero, per richiedere il risarcimento dei danni subiti occorre inviare una richiesta di risarcimento con raccomandata a.r. all'Ufficio Centrale Italiano, al seguente indirizzo:

UCI - corso Sempione, 39 - 20145 Milano

Per ulteriori informazioni su questo punto, consulta il sito internet UCI all'indirizzo www.ucimi.it

2) Incidenti all'estero con veicoli esteri

Se durante un viaggio all'estero, in uno dei Paesi del Sistema Carta Verde^[1], sei rimasto vittima di un incidente stradale provocato da un veicolo immatricolato e assicurato in uno degli Stati dello Spazio Economico Europeo^[2], per richiedere il risarcimento dei danni subiti puoi inviare una richiesta di risarcimento con raccomandata a.r. al rappresentante nominato in Italia dalla compagnia assicuratrice del responsabile del sinistro.

Per conoscere nome e indirizzo di tale rappresentante ("mandatario"), invia apposita richiesta al Centro di Informazione italiano costituito presso l'ISVAP, all'indirizzo:

ISVAP - Centro di Informazione - via del Quirinale, 21

00187 Roma - fax 06. 42.133.730

e-mail: centroinformazioni@isvap.it

indicando in modo chiaro tutti gli elementi utili a risalire ai soggetti interessati, come ad esempio data e luogo di accadimento del sinistro ed estremi dei veicoli coinvolti (targa del veicolo responsabile del sinistro, nazionalità, impresa di assicurazione del veicolo responsabile del sinistro, se nota).

N.B: Se l'incidente è provocato all'estero da un veicolo non immatricolato in uno dei Paesi dello Spazio Economico Europeo, l'applicazione della procedura sopra indicata non è possibile.

In questi casi, se l'incidente è accaduto in uno dei Paesi aderenti al sistema della Carta Verde, la richiesta di risarcimento potrà essere indirizzata all'impresa di assicurazione del responsabile del sinistro oppure al Bureau nazionale dello Stato di accadimento del sinistro se il veicolo che ha provocato il danno è immatricolato in uno Stato diverso rispetto a quello di accadimento (gli indirizzi dei vari Bureaux sono indicati nel sito internet dell'UCI.

^[1] *Elenco dei Paesi aderenti al sistema: Albania; Andorra; Austria; Belgio; Bielorussia; Bosnia Erzegovina; Bulgaria; Repubblica Ceca; Cipro; Croazia; Danimarca; Estonia; Finlandia; Francia; F.Y.R.O.M. (ex Repubblica Jugoslava della Macedonia); Germania; Grecia; Iran; Irlanda; Islanda; Israele; Italia; Lituania; Lettonia; Lussemburgo; Malta; Marocco; Moldavia; Norvegia; Paesi Bassi; Polonia; Portogallo; Regno Unito di Gran Bretagna ed Irlanda del Nord; Romania; Serbia e Montenegro; Repubblica Slovacca; Slovenia; Spagna; Svezia; Svizzera; Tunisia; Turchia; Ucraina; Ungheria.*

^[2] *Paesi membri dell'Unione Europea oltre a Norvegia, Islanda, Liechtenstein.*

Assicurazioni Vita

Le domande più frequenti	34
› A cosa serve un contratto sulla vita?	34
› Quali soggetti sono coinvolti nel contratto di assicurazione?	35
› Come scegliere la compagnia di assicurazione?	35
› Quali intermediari intervengono nel contratto di assicurazione sulla vita?	36
› Che cosa è bene sapere prima di sottoscrivere un contratto sulla vita?	36
› Quali aspetti del contratto vanno esaminati con particolare attenzione?	37
› Che cosa sono i caricamenti?	39
› Che cos'è il Fascicolo informativo?	39
› Che cos'è il Progetto esemplificativo personalizzato?	40
› Se l'offerta soddisfa le esigenze, quali sono i documenti da firmare?	41
› Quando si conclude un contratto sulla vita?	42
› Una volta concluso il contratto quali sono i documenti da ricevere?	44
› Come si compone il premio di assicurazione?	45
› Esistono varie modalità di pagamento del premio ?	45
› Quali sono i mezzi di pagamento del premio di assicurazione?	46
› Qual è il documento che attesta l'avvenuto pagamento del premio?	46

Cosa fare per...	47
-------------------------	----

- | | |
|---|----|
| › Revocare la proposta | 47 |
| › Recedere dal contratto | 47 |
| › Controllare l'andamento della polizza | 48 |
| › Riscattare, ridurre o riattivare un contratto | 49 |
| › Chiedere un prestito su polizza | 50 |
| › Chiedere la trasformazione del contratto | 50 |
| › Ricevere il capitale o la rendita assicurati | 51 |

Le principali tipologie di prodotti	52
--	----

- | | |
|--|----|
| › Assicurazioni rivalutabili | 52 |
| › Assicurazioni <i>index</i> ed <i>unit linked</i> | 54 |
| › Forme Pensionistiche Individuali (F.I.P.) | 56 |



Le domande più frequenti

› A cosa serve un contratto sulla vita?



Prima di sottoscrivere un qualsiasi contratto di assicurazione valuta il tipo di prodotto che meglio risponde alle tue esigenze.

A titolo puramente indicativo, se ad esempio si vuole salvaguardare la propria famiglia da problemi finanziari in caso di decesso, è preferibile scegliere un'assicurazione per il caso di morte che prevede il pagamento di un capitale in caso di morte dell'assicurato entro la scadenza del contratto (polizza temporanea caso morte). Nei contratti "a vita intera", il pagamento del capitale avviene alla morte dell'assicurato, indipendentemente dal momento nel quale essa si verifica.

Se invece il proprio obiettivo è quello di garantirsi una pensione integrativa, ci si può indirizzare verso forme pensionistiche individuali o verso i prodotti di rendita vitalizia che prevedono il pagamento di un capitale o di una rendita in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza del contratto.

Se si cerca un prodotto a più elevato contenuto finanziario, si può sottoscrivere un contratto di capitale differito o di capitalizzazione o una polizza *index* o *unit linked*.

La capitalizzazione è il contratto con il quale l'impresa di assicurazione si impegna a pagare una determinata somma di denaro dopo un certo numero di anni - non meno di cinque - a fronte del pagamento di premi unici o periodici. Ciò che caratterizza questi contratti è che le somme dovute dall'Assicuratore non dipendono dal verificarsi di eventi attinenti la vita dell'assicurato.

Le assicurazioni miste sono forme intermedie rivolte a chi intende crearsi una disponibilità finanziaria ad una certa data e al tempo stesso tutelare la propria famiglia da problemi finanziari in caso di decesso e prevedono il pagamento al beneficiario di un capitale sia in caso di sopravvivenza che in caso di morte dell'assicurato nel corso del contratto.

Ricorda che ciascun tipo di polizza ha costi e criteri di investimento diversi.

Per saperne di più vedi “Le principali tipologie di prodotti”, pag. 52 oppure consulta il sito www.isvap.it.

› Quali soggetti sono coinvolti nel contratto di assicurazione?



Nel contratto di assicurazione si distinguono i seguenti soggetti: **contraente**, **assicurato**, **beneficiario**.

Il **contraente** è colui che stipula il contratto di assicurazione e ne gestisce tutti gli adempimenti amministrativi; è tenuto a pagare i premi e ha la facoltà di esercitare tutti i diritti propri del contratto. Per esempio può esercitare il diritto di riscatto, modificare il beneficiario e chiedere prestiti sulla polizza.

L'**assicurato** è la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto. Se è diverso dal contraente, l'assicurato deve firmare per accettazione il contratto qualora si tratti di garanzia per il caso di morte.

Il beneficiario è la persona designata dal contraente a ricevere le somme assicurate. La designazione del **beneficiario** può essere effettuata nel contratto o con successiva dichiarazione scritta all'impresa di assicurazione o per testamento.

Le figure di contraente, assicurato e beneficiario possono coincidere.

› Come scegliere la compagnia di assicurazione?



Il settore assicurativo è sottoposto a controlli previsti dalla legge e le imprese di assicurazione per poter operare devono essere dotate di specifica autorizzazione.

Gli elenchi delle imprese di assicurazione italiane ed estere abilitate ad operare in Italia sono disponibili sul sito dell'ISVAP.

Il codice delle Assicurazioni prevede l'istituzione dell'Albo delle imprese entro la fine del 2007.

Qualora la scelta ricada su una società estera appartenente all'Unione Europea, occorre tener presente che la legislazione applicabile al contratto, che deve essere indicata nella nota informativa, può non essere quella italiana. Se il contratto è stipulato tramite tecnica di comunicazione a distanza (es. internet), al consumatore deve essere comun-

que riconosciuta la tutela prevista dalla legge italiana in materia di informativa precontrattuale per i contratti stipulati attraverso questa particolare tecnica.

› **Quali intermediari intervengono nel contratto di assicurazione sulla vita?**



Il collocamento di un contratto di assicurazione sulla vita avviene prevalentemente attraverso intermediari assicurativi iscritti nel Registro unico degli intermediari (agenti, broker, produttori diretti, intermediari finanziari, Sim, banche, uffici postali, addetti all'attività di intermediazione, quali subagenti, produttori e collaboratori, che operano per conto di un intermediario al di fuori dei locali di quest'ultimo) oppure attraverso addetti all'attività di intermediazione non iscritti nel Registro, operanti all'interno dei locali di un intermediario iscritto.

Verifica che l'intermediario sia iscritto in una delle apposite sezioni del Registro unico pubblicato nel sito dell'ISVAP.



Prima di sottoscrivere un contratto di assicurazione, verifica sempre la qualifica professionale dell'intermediario per conoscere quale sia il rapporto con l'impresa che offre la prestazione.

› **Che cosa è bene sapere prima di sottoscrivere un contratto sulla vita?**



Innanzitutto occorre avere ben chiare le proprie esigenze per valutare le caratteristiche del prodotto offerto.

E' importante rispondere alle domande che l'intermediario ti pone per conoscere le tue esigenze previdenziali e assicurative, la tua situazione finanziaria, la quota di rischio che sei disposto ad assumerti e gli obiettivi che intendi conseguire, al fine di consentire all'intermediario di proporti la polizza più adeguata alle tue esigenze.

Nel caso in cui tu non voglia fornire le informazioni richieste devi firmare un'apposita dichiarazione di rifiuto. Così come nel caso tu voglia comunque sottoscrivere una proposta che l'intermediario ritiene non adeguata alle tue esigenze, entrambi dovete firmare

un'apposita dichiarazione dalla quale risultino i motivi dell'inadeguatezza.

Presta molta attenzione a ciò che firmi perché in questo modo ti assumi la responsabilità della scelta di un contratto che potrebbe non essere adeguato alle tue effettive esigenze assicurative e previdenziali. In ogni caso l'intermediario è tenuto ad illustrarti le caratteristiche essenziali del contratto e le prestazioni alle quali è obbligata l'impresa di assicurazione.



Leggi attentamente il Fascicolo informativo che la rete di vendita di ciascuna impresa è tenuta a consegnare al potenziale cliente prima della sottoscrizione della proposta. Puoi consultare i siti internet delle compagnie per analizzare i prodotti offerti attraverso l'esame delle note informative e delle condizioni di polizza: dal 1°ottobre 2004 le imprese sono tenute ad inserire i loro prodotti nel proprio sito (circolare ISVAP n. 533 del 4 giugno 2004).



Ricorda che per una scelta consapevole, è necessario mettere a confronto diverse proposte di imprese differenti. Solo questo piccolo sforzo ti garantisce la migliore scelta.

Ricorda che è tuo diritto chiedere all'intermediario qualsiasi chiarimento e che questi è tenuto a fornirti risposte chiare ed esaurienti, anche in forma scritta.

La compagnia e la rete di vendita sono tenute a darti la massima assistenza anche durante il periodo di validità del contratto fornendoti in qualunque momento un'informativa corretta, esauriente e tempestiva in merito allo stesso. Hai anche diritto di conoscere qual'è l'agenzia di assicurazione alla quale dovrai fare riferimento per tutta la durata del contratto.

› Quali aspetti del contratto vanno esaminati con particolare attenzione?



- Le prestazioni offerte dal contratto (capitale, rendita, eventuali "cedole" periodiche);
- gli **eventi** (sopravvivenza, morte, invalidità) in base ai quali le prestazioni devono essere pagate;

- la **misura del premio investito**: non tutto il premio versato viene investito. Per saperne di più vedi “Come si compone il premio di assicurazione?”, pag. 45;
- l’entità, in termini assoluti e relativi, dei **costi gravanti sul contratto (caricamenti e commissioni di gestione)**;
- i **rischi finanziari collegati alle prestazioni**: occorre verificare se il contratto comprende, ad esempio, la garanzia di restituzione dei premi complessivamente investiti e/o il riconoscimento di un rendimento minimo. In caso affermativo (ad es. nelle polizze rivalutabili), verifica se tali garanzie sono acquisite annualmente in via definitiva (cosiddetto consolidamento delle prestazioni) o solo alla scadenza contrattuale. In caso negativo (esamina con attenzione questo aspetto nelle polizze *index* e *unit linked*), ricordati che il rischio di investimento ricade interamente sul contraente.
- la **durata** della copertura assicurativa;
- il **riscatto della polizza**: è la richiesta di liquidazione anticipata del capitale rispetto alla scadenza del contratto; occorre tener presente che il riscatto di norma comporta penalizzazioni per il contraente, che devono essere valutate attentamente, soprattutto in relazione al momento in cui viene esercitato: nel primo periodo dalla stipula della polizza le penalizzazioni possono essere tali da non consentire neanche il recupero dei premi versati;
- le eventuali **limitazioni della copertura caso morte** per l’esclusione di alcune cause di decesso (ad es. il caso di suicidio) e per differimenti dell’inizio della copertura assicurativa (assenza di copertura nel primo periodo di validità contrattuale: **carenza**);
- la presenza di **opzioni** che consentono di convertire a scadenza la rendita in capitale o viceversa;
- la possibilità di **differimento automatico di scadenza** del capitale o della rendita che consiste nella possibilità di rinunciare all’immediata riscossione della prestazione per ricevere la stessa, in epoca successiva, maggiorata di un ulteriore rendimento.

› Che cosa sono i caricamenti?



I caricamenti sono i costi gravanti sui premi per far fronte alle spese di acquisizione e di gestione delle polizze da parte della compagnia.

Qualsiasi tipo di prodotto assicurativo tu intenda sottoscrivere, ricorda che la nota informativa contiene la quantificazione e l'illustrazione di tutti gli oneri gravanti sul contratto al fine di conoscere come questi incidono sulle somme versate e/o sui rendimenti futuri.

Per saperne di più vedi "Le principali tipologie di prodotti", pag. 52.

› Che cos'è il Fascicolo informativo?



Prima della sottoscrizione della proposta l'intermediario deve consegnarti il **Fascicolo informativo** che è lo strumento che ti aiuta a capire cosa stai per acquistare.

Si compone dei seguenti documenti precontrattuali e contrattuali:

- **scheda sintetica**
- **nota informativa**
- **condizioni di assicurazione** (insieme di clausole che disciplinano il contratto di assicurazione), comprensive di:
 - o **regolamento del fondo interno** (per i contratti *unit linked*)
 - o **regolamento della gestione interna separata** (per i contratti a prestazioni rivalutabili)
- **glossario**
- **modulo di proposta**

La **scheda sintetica**, redatta secondo una schema predisposto dall'ISVAP, contiene le informazioni di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto, deve essere predisposta per i contratti con partecipazione agli utili, *unit linked* e *index linked* e per quelli destinati ad attuare forme pensionistiche individuali.

Nelle schede sintetiche dei contratti con partecipazione agli utili, *unit linked* e delle forme pensionistiche individuali viene riportato, tra le altre cose, il "**costo percentuale medio annuo**" che è un indicatore sintetico che illustra di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento del contratto rispetto a quello

di una analoga operazione che ipoteticamente non fosse gravata da costi.

La **nota informativa** è il documento con il quale ti vengono fornite tutte le informazioni preliminari utili per sottoscrivere con consapevolezza la proposta e il contratto. Deve essere predisposta per tutti i contratti secondo uno schema stabilito dall'ISVAP.

Per saperne di più vai sul sito www.isvap.it e consulta la circolare n. 551 del 1° marzo 2005.

› Che cos'è il Progetto esemplificativo personalizzato?



Per i contratti di assicurazione sulla vita rivalutabili e di capitalizzazione, deve essere consegnato al più tardi al momento della conclusione del contratto un Progetto esemplificativo personalizzato dello sviluppo del capitale o della rendita assicurati e dei premi nel corso della durata contrattuale con l'evidenza, ad ogni ricorrenza annuale, dei valori di riscatto e di riduzione. **Tale Progetto, elaborato con riferimento al premio effettivamente investito e cioè al netto dei caricamenti, delle coperture caso morte e di eventuali altre coperture accessorie, deve essere sviluppato ipotizzando il tasso di rendimento attualmente previsto dalla circolare ISVAP n. 551 del 1° marzo 2005 (4% annuo dal 1° dicembre 2005).**

Per le **Forme pensionistiche individuali** il Progetto personalizzato deve essere consegnato insieme al Fascicolo informativo utilizzando i tassi di rendimento previsti dalla circolare n. 445 del 1 giugno 2001.

Per saperne di più vedi "Le principali tipologie di prodotti – Forme Pensionistiche Individuali (F.I.P.)", pag. 52.



Ricorda che il Progetto esemplificativo, poiché basato su ipotesi di rendimento, non comporta impegno dell'impresa di assicurazione al raggiungimento del risultato prospettato.

› Se l'offerta soddisfa le esigenze, quali sono i documenti da firmare?



L'intermediario con cui sei in contatto potrà sottoporerti alla firma in alternativa:

La proposta: documento con il quale chiedi alla compagnia di stipulare il contratto.

In tal caso fino al momento della comunicazione di accettazione da parte della compagnia il contratto non è ancora concluso e quindi, la proposta può essere revocata.

La proposta-polizza: proposta che, una volta sottoscritta, produce i medesimi effetti del contratto definitivo.

Se sei convinto della scelta operata puoi sottoscrivere la proposta di assicurazione.

Prima, però, è importante verificare che la proposta sia compilata in tutte le sue parti ed in particolare che siano indicati l'ammontare del premio e del capitale o della rendita assicurati e la durata del contratto. Verifica sempre la misura del caricamento.

Nella proposta deve essere, altresì, evidenziato l'eventuale avvenuto pagamento del premio.

Presta attenzione se il documento che sottoscrivi è una proposta o una proposta-polizza.

In caso di ripensamento, infatti se hai firmato una proposta-polizza dovrai esercitare direttamente il diritto di recesso dal contratto: al riguardo vedi "Cosa fare per recedere dal contratto", e "Cosa fare per revocare la proposta", pag. 47.

Copia della proposta ti deve essere consegnata.

In fase precontrattuale ti può essere richiesta la visita medica, il cui costo è generalmente a tuo carico, oppure la compilazione di un **questionario sanitario**, contenuto in proposta al fine di valutare il tuo stato di salute: se questo venisse ritenuto particolarmente grave l'impresa potrebbe chiederti l'applicazione di un sovrappremio (per saperne di più vedi "Come si compone il premio di assicurazione?", pag. 45).

Ricorda che è tuo interesse compilare il questionario sanitario personalmente e con attenzione: in caso di informazioni inesatte o incomplete sull'effettivo stato di salute, l'impresa di assicurazione può rifiutare il pagamento del capitale o ridurne l'ammontare.

tare in caso di morte dell'assicurato.

Non si tratta di una semplice formalità, tant'è che dichiarazioni inesatte e reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, anzi il questionario ha la funzione di richiamare la tua attenzione su malattie e menomazioni di cui potresti non essere in grado di apprezzare l'importanza, col rischio di compiere involontarie omissioni e ricadere nelle predette conseguenze.

Per gli effetti sul contratto delle dichiarazioni inesatte e reticenti vedi gli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

› Quando si conclude un contratto sulla vita?



Il contratto di assicurazione solitamente si considera concluso e produce i suoi effetti – a condizione che il premio o la prima rata di premio sia stata pagata – dopo avere ricevuto dalla compagnia l'accettazione della proposta di contratto, nel caso in cui questa non sia contestuale alla sottoscrizione della proposta (proposta-polizza).

In assenza di tale comunicazione il contratto è concluso nel giorno in cui il contraente riceve la polizza sottoscritta dall'impresa.

Successivamente alla sottoscrizione della proposta la società deve consegnarti la polizza la quale, tra l'altro, comprova la conclusione del contratto con l'impresa di assicurazione.

È importante verificare la corrispondenza tra i dati presenti nel contratto di assicurazione e quelli contenuti nella proposta. L'emissione di una polizza difforme dalla proposta equivale alla formulazione di una controproposta da parte dell'impresa che puoi decidere di non accettare.



Hai la possibilità di concludere il contratto anche mediante **internet**. In questo caso l'ISVAP ha dettato alcune regole di condotta che prevedono ulteriori specifiche tutele per il consumatore: per saperne di più consulta la circolare n. 393 del 17 gennaio 2000 e consulta l'apposita pagina sul sito dell'ISVAP.



Se concludi un contratto a distanza (ad es. con la tecnica del **tele-marketing**), ricorda che prima della stipulazione ti dovranno essere fornite (e quindi potrai pretendere) oltre alla informativa precontrat-

tuale prevista per tutti i tipi di contratti, concernente i dati essenziali degli intermediari e la loro attività (ad es. numero e data di iscrizione dell'intermediario nel Registro unico, con indicazione della sezione e della veste in cui opera ovvero, in caso di addetto all'attività di intermediazione non iscritto nel Registro, operante all'interno dei locali di un intermediario iscritto, natura del rapporto con l'intermediario per il quale svolge l'attività; potenziali situazioni di conflitto di interessi dell'intermediario connesse alla detenzione di partecipazioni in un'impresa di assicurazioni o viceversa; eventuale obbligo dell'intermediario di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione) anche le seguenti informazioni:

- principali caratteristiche del servizio o prodotto che ti viene offerto
- premio totale, compresi i relativi oneri, commissioni, spese ed imposte, che dovrai corrispondere
- qualsiasi costo specifico aggiuntivo relativo all'utilizzazione della tecnica a distanza.

Ti dovrà inoltre essere trasmesso un riepilogo dei principali obblighi di comportamento dell'intermediario (ad es. obbligo di proporre contratti adeguati alle tue esigenze di copertura assicurativa e previdenziale). Per saperne di più vedi il Regolamento n. 4 del 9 agosto 2006 pubblicato nel sito dell'ISVAP.

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 Registro Unico, consultabile sul sito dell'ISVAP.

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.

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



Ricorda che i venditori della rete non possono collocare polizze *unit linked* e *index linked* (vedi “Le principali tipologie di prodotti”, pag. 52) nonché i prodotti di previdenza complementare individuale (F.I.P.).

› **Una volta concluso il contratto quali sono i documenti da ricevere?**



La **polizza di assicurazione** è il documento principale del contratto di assicurazione e costituisce la prova del contratto.

Essa contiene, tra l'altro, gli estremi del contraente, dell'assicurato e dei beneficiari, la durata, l'entità del premio e del capitale o della rendita assicurati.

Conserva la polizza in originale e verifica che il documento non contenga abrasioni o correzioni.

Accertati di aver ricevuto il Fascicolo informativo contenente le condizioni di polizza.

Ricordati di conservare con cura tutta la documentazione ricevuta, e verifica tutte informazioni che hai diritto di ottenere dalla compagnia durante la vigenza del contratto (quali ad esempio l'estratto conto annuale) provvedendo a conservare anche queste ultime.

Se sottoscrivi una polizza *unit linked* ti deve essere inviata, entro dieci giorni lavorativi dalla data di investimento del premio (data di valorizzazione delle quote), una **lettera di conferma** nella quale viene riportato il premio versato e quello investito.

Per tutti i tipi di contratto, in caso di modifiche successive alla sua conclusione dovrai richiedere anche la consegna dell'**appendice di polizza**, documento collegato al contratto ed emesso successivamente a questo per modificarne gli aspetti concordati tra l'impresa ed il contraente.

Qualora sia stata concordata una clausola non presente nel contratto iniziale fai attenzione che tale clausola sia indicata nell'appendice e firmata dalla compagnia.

Nel caso in cui il valore di una polizza *index* o *unit linked* si sia ridotto di oltre il 30% rispetto ai premi investiti, l'impresa deve inviarti entro dieci giorni un'apposita comunicazione riportante le

perdite, che dovrà ripetere ogni qualvolta si verifichino ulteriori perdite pari o superiori al 10%.

› Come si compone il premio di assicurazione?



Il **premio** rappresenta il prezzo pagato per l'assicurazione ed è la somma di tre componenti: il premio puro, il caricamento e i costi accessori.

Il **premio puro** è il costo base per la copertura assicurativa e rappresenta il corrispettivo per il solo rischio tecnico assunto dall'impresa.

I **costi** sono la parte di premio che viene trattenuta dall'impresa per far fronte agli oneri gravanti sul contratto (per saperne di più vedi "Che cosa sono i caricamenti?", pag. 39).

L'impresa può, inoltre, richiedere una maggiorazione di premio (sovrapremio) per i contratti 'caso morte' nell'ipotesi in cui lo stato di salute dell'assicurato sia particolarmente grave (sovrapremio sanitario), oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrapremio professionale o sportivo).

› Esistono varie modalità di pagamento del premio?



Il contratto può prevedere il pagamento di un premio unico o di premi periodici.

Il **premio unico** è pagato in un'unica soluzione all'inizio del contratto e vale per tutto il periodo di validità della polizza.

I **premi periodici** possono essere di ammontare costante o crescente in base alla regola descritta nelle condizioni contrattuali (**premio annuo**) oppure di ammontare variabile a discrezione del contraente entro i limiti indicati nel contratto (**premio ricorrente**).

Alcuni contratti a premio unico o ricorrente prevedono la possibilità di effettuare versamenti aggiuntivi.

Il pagamento del premio annuo può essere frazionato nel corso dell'anno. In caso di frazionamento il premio è generalmente maggiorato di costi aggiuntivi che debbono essere indicati nella nota informativa.

Ricorda che sei obbligato al pagamento della prima annualità di premio.

Qualora tu sospenda il pagamento dei premi successivi al primo, verifica se il contratto prevede la riduzione o il riscatto della polizza, tenendo presente che di norma possono essere previste penalizzazioni sul capitale o sulla rendita assicurati.

Per saperne di più vedi “Cosa fare per riscattare, ridurre o riattivare un contratto”, pag. 49.

› Quali sono i mezzi di pagamento del premio di assicurazione?



Puoi pagare il premio con diverse modalità. Nel caso in cui sia previsto un particolare mezzo di pagamento, l'impresa di assicurazione è tenuta a specificarlo nella nota informativa.

Ricorda che il pagamento del premio può avvenire con assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato o girato all'impresa, oppure intestato all'intermediario espressamente in tale qualità, ovvero con ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario uno dei suddetti soggetti.

In ogni caso vige il divieto assoluto di pagare il premio con denaro contante.

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



La **quietanza** è la prova di avvenuto pagamento del premio. 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) od anche dalla ricevuta del pagamento in conto corrente postale, in cui dovrà essere esplicitata la causale del pagamento.



Cosa fare per...

› Revocare la proposta



La revoca della proposta interrompe il completamento del contratto di assicurazione.

Hai il diritto di revocare la proposta fino al momento in cui non sei venuto a conoscenza dell'accettazione della stessa da parte dell'impresa.

Le modalità di esercizio della revoca sono regolamentate nella nota informativa.

Generalmente il contraente deve comunicare la revoca della proposta con lettera raccomandata A.R. all'impresa di assicurazione.

Le somme che hai eventualmente pagato ti devono essere restituite dall'impresa entro 30 giorni dal ricevimento della revoca. Dal rimborso sono escluse le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, a condizione che le stesse siano state preventivamente individuate e quantificate nella proposta.

Se il rimborso avviene oltre il termine di 30 giorni, ti sono dovuti gli interessi di mora per ritardato pagamento, calcolati al tasso legale di interesse.

› Recedere dal contratto



Il contraente è titolare di un **“diritto al ripensamento”** che gli consente di recedere da un contratto di assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui è informato che il contratto è concluso, anche nel caso di vendita a distanza.

L'esercizio del diritto di recesso annulla il contratto ed ha l'effetto di liberare le parti da qualsiasi vincolo derivante dallo stesso.

Le modalità per l'esercizio di tale diritto sono evidenziate nella nota informativa e nel contratto di assicurazione. Generalmente devi comunicare il recesso dal contratto con lettera raccomandata A.R. all'impresa di assicurazione.

Le somme eventualmente pagate ti devono essere restituite dal-

l'impresa entro 30 giorni dalla notifica del recesso. Il rimborso viene effettuato al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, a condizione che le stesse siano state preventivamente individuate e quantificate nel contratto. Se il rimborso avviene oltre il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi di mora per ritardato pagamento, calcolati al tasso legale di interesse.

Per le polizze **unit linked**, se nelle condizioni di polizza è previsto che l'impresa per il calcolo del valore rimborsabile tiene conto dell'andamento del valore delle quote attribuite, deve esserti liquidato il controvalore delle quote, sia in caso di incremento che di decremento delle stesse, a cui vanno aggiunti tutti i costi applicati sul premio e dedotti i costi di emissione e il premio per il rischio corso.

› Controllare l'andamento della polizza



Per le polizze rivalutabili, **index linked** e **unit linked**, l'impresa invia ogni anno l'estratto conto al contraente. Per le **unit linked** viene pubblicato sui siti internet delle imprese e sui quotidiani a diffusione nazionale il valore della quota del fondo a cui è collegata la polizza. Per le **index linked** viene pubblicato sui siti internet delle imprese e sui quotidiani a diffusione nazionale il valore del parametro di riferimento a cui è collegata la polizza e il **rating** dell'emittente.

Sui siti internet delle imprese vengono pubblicati oltre al Fascicolo informativo, il rendiconto periodico di tutte le gestioni interne separate, il prospetto annuale della composizione delle gestioni interne separate e il rendiconto periodico dei fondi interni.

In ogni caso, seguendo le indicazioni contenute in nota informativa puoi controllare quotidianamente il valore dei capitali assicurati e del riscatto della tua polizza.

› Riscattare, ridurre o riattivare un contratto



Il **riscatto** è regolato dalle condizioni contrattuali e consiste nell'interruzione anticipata del rapporto assicurativo da parte del contraente e nella corresponsione di un capitale da parte dell'impresa di assicurazione.

Generalmente, per i contratti a premio annuo, il riscatto è consentito dopo il termine previsto in polizza, mentre per quelli a premio unico può essere richiesto dopo un anno dalla decorrenza del contratto. In alcuni casi è consentita la possibilità di chiedere riscatti parziali.

I criteri per la determinazione del valore di riscatto, quando previsto, sono indicati nelle condizioni di polizza. Puoi comunque chiedere la quantificazione del valore di riscatto direttamente all'impresa, all'ufficio indicato nella nota informativa, che è tenuto a dare riscontro alla richiesta entro e non oltre 10 giorni.

È opportuno prestare attenzione al fatto che il valore di riscatto può essere inferiore ai premi pagati od addirittura pari a zero se le annualità di premio pagate non raggiungono, in base alle condizioni contrattuali, il numero sufficiente per avere diritto al riscatto.

La **riduzione** è regolata dalle condizioni contrattuali e consiste nella sospensione del pagamento dei premi annui successivi al primo. In tal caso il contratto rimane in vigore, fino alla scadenza, per un capitale (rendita) assicurato, proporzionalmente ridotto rispetto a quello iniziale, determinato tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli inizialmente stabiliti nel contratto. In ogni caso resta salva la facoltà di riscatto anticipato.

La **riattivazione** è la facoltà del contraente di riprendere il versamento dei premi annui a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

I termini per l'esercizio di tale facoltà sono indicati nelle condizioni contrattuali.

La riattivazione avviene di norma mediante il versamento delle rate di premio non pagate, maggiorate di interessi.

› Chiedere un prestito su polizza



Il prestito su polizza, quando previsto dal contratto di assicurazione, generalmente non viene regolamentato, pertanto per conoscere le effettive condizioni dello stesso deve essere effettuata una esplicita richiesta all'impresa. Il prestito viene erogato per un importo non superiore al valore di riscatto.

Ricorda che è una operazione che presenta dei costi e pertanto fatti indicare per iscritto il tasso d'interesse che viene applicato al prestito e le modalità di rimborso del prestito e di corresponsione degli interessi.

› Chiedere la trasformazione del contratto



La trasformazione del contratto già in vigore consiste nella modifica di alcuni suoi elementi quali, ad esempio, la durata, il tipo di rischio assicurato e le modalità di pagamento del premio. La trasformazione può essere di fatto attuata anche mediante riscatto di un precedente contratto e sottoscrizione di una nuova proposta.

L'operazione di trasformazione non è regolamentata nel contratto di assicurazione, pertanto le relative condizioni vengono, di volta in volta, concordate con l'impresa che deve consegnare un **documento informativo**, nel quale sono poste a confronto le caratteristiche del nuovo contratto con quelle del precedente.

Prima di richiedere una trasformazione del contratto o di decidere sulla proposta di trasformazione che ti viene formulata, valuta attentamente le diverse caratteristiche del vecchio e del nuovo contratto.

Presta particolare attenzione alle modifiche relative ad eventuali garanzie di restituzione del capitale e/o di rendimento minimo, alla durata contrattuale, alle modalità di esercizio del diritto di riscatto ed alle modalità di impiego delle somme derivanti dal contratto trasformato.

Nel contratto derivante dalla trasformazione debbono essere indicati chiaramente gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Per saperne di più consulta la circolare n. 551 del 1° marzo 2005 sul sito www.isvap.it.

› Ricevere il capitale o la rendita assicurati



Almeno un mese prima della scadenza del contratto l'impresa deve inviare all'interessato una comunicazione per ricordare l'approssimarsi della scadenza.

Maturato il diritto a ricevere il capitale o la rendita assicurati (per scadenza, decesso dell'assicurato, riscatto, ecc.), il beneficiario del contratto di assicurazione deve presentare insieme alla richiesta di pagamento tutta la documentazione prevista dal contratto per dar corso alla liquidazione.

L'elenco dei documenti deve essere indicato nelle condizioni di polizza. In assenza di tale indicazione l'impresa deve attivarsi per rendere noto al beneficiario, all'atto della richiesta di pagamento, l'elenco dei documenti da presentare, così come disposto dalla circolare ISVAP n. 403 del 16 marzo 2000.

L'impresa è tenuta a corrispondere le somme dovute entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto tutta la documentazione necessaria per liquidare il capitale o la rendita assicurati. Nel caso di richieste presentate alla rete di vendita, il termine di 30 giorni decorre dal momento di consegna della documentazione alla rete medesima.

Nell'ipotesi di ritardo nel pagamento da parte dell'impresa sono dovuti al beneficiario del contratto gli interessi di mora, calcolati al tasso legale d'interesse.

Ricorda che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Pertanto, la richiesta di liquidazione deve essere presentata entro e non oltre un anno dal giorno in cui si è verificato l'evento e comunque è necessario interrompere sempre il termine di prescrizione annuale mediante raccomandate a.r. inviate all'impresa.



Le principali tipologie di prodotti

› Assicurazioni rivalutabili



Le **assicurazioni rivalutabili** prevedono una maggiorazione annuale del capitale o della rendita assicurati attraverso il riconoscimento di una parte degli utili finanziari realizzati da specifiche gestioni speciali costituite all'interno dell'impresa (gestioni separate) nelle cui attività vengono investiti i premi versati al netto dei costi. Per questi prodotti possono essere pagati premi unici, ricorrenti o annui.

I premi annui possono essere costanti o rivalutabili. Nel caso di premi rivalutabili il capitale o la rendita assicurati crescono di anno in anno anche in funzione della rivalutazione del premio; nel caso di pagamento di premi costanti il capitale o la rendita crescono soltanto in funzione dei rendimenti conseguiti dalla gestione separata e riconosciuti al contraente in base alle condizioni contrattuali.

Le condizioni di polizza dei contratti a premi rivalutabili possono prevedere la **stabilizzazione dei premi**, ossia la possibilità di mantenere il premio costante a partire dalla data di richiesta della stabilizzazione fino alla scadenza del contratto, oppure il **rifiuto o la limitazione**, in un determinato anno, dell'incremento del premio. In tali casi il capitale o la rendita assicurati terranno conto della minore crescita dei premi e pertanto si rivaluteranno in misura inferiore.

Gli elementi che contraddistinguono un contratto rivalutabile sono:

- Il **tasso tecnico**, di norma indicato nella clausola di rivalutazione contenuta nelle condizioni di polizza, è il tasso di interesse fisso riconosciuto dall'impresa in via preliminare per ottenere il capitale o la rendita inizialmente assicurati. **Questo tasso costituisce un interesse calcolato in via anticipata dall'impresa**; in altri termini è una sorta di rendimento anticipato riconosciuto al contraente al momento del pagamento del premio.
- Il **tasso d'interesse garantito** rappresenta il rendimento minimo **complessivamente** previsto nel contratto, la cui misura tiene già conto di quanto riconosciuto al contraente in termini di tasso tecni-

co. L'eccedenza rispetto alla misura del tasso tecnico rappresenta un'ulteriore garanzia di rendimento.

Si tratta di un tasso di interesse su cui il contraente può contare indipendentemente dall'andamento della gestione separata. Verifica nelle condizioni di polizza se è previsto il tasso di interesse garantito e ricorda che la misura indicata comprende già il tasso tecnico.

- **L'aliquota di retrocessione** è la percentuale, riconosciuta al contraente, del rendimento realizzato dalla gestione separata in cui sono investiti i premi.

Le rivalutazioni del capitale o della rendita riconosciute annualmente sono determinate sulla base della misura annua di rivalutazione secondo le modalità previste dalle condizioni di polizza. **Dalla percentuale di rivalutazione assegnata al contratto viene detratto il tasso d'interesse garantito già riconosciuto. Di conseguenza il capitale usufruirà di detta rivalutazione soltanto se la misura della stessa risulti superiore al tasso d'interesse garantito.**

- (ove previsto) **il consolidamento delle prestazioni**, in base al quale gli interessi conseguiti annualmente dalla gestione speciale del fondo (gestione separata) e retrocessi all'assicurato, rimangono acquisiti definitivamente dall'assicurato stesso, indipendentemente dall'andamento degli investimenti negli anni successivi.

Il **tasso di rendimento** della gestione separata e l'**aliquota di retrocessione** devono essere resi noti annualmente dalle imprese attraverso la pubblicazione su almeno due quotidiani a diffusione nazionale. L'ammontare rivalutato del capitale o della rendita devono essere comunicati agli assicurati annualmente (consulta le circolari ISVAP n. 71 del 26 marzo 1987 e n. 551 del 1° marzo 2005).

In questa tipologia di polizze il rischio dell'investimento è a carico dell'impresa e l'assicurato ha diritto ad un capitale minimo, eventualmente rivalutato ad un tasso garantito.

Per maggiore chiarezza si propone un esempio di calcolo del capitale assicurato rivalutato dopo un anno per un prodotto a premi rivalutabili:

Capitale iniziale:
100
Tasso di rendimento della gestione separata:
5%
Aliquota di retrocessione:
80%
Tasso tecnico:
2%
Tasso di rendimento garantito:
2,5%
Misura annua di rivalutazione garantita:
$(0,025 - 0,02) / 1,02 = 0,0049$
Misura annua di rivalutazione spettante:
$(0,05 * 0,80 - 0,02) / 1,02 = 0,0196$
Capitale rivalutato:
$100 * (1 + 0,0196) = 101,96$

› Assicurazioni *index ed unit linked*



Le assicurazioni *index linked* sono contratti in cui l'entità del capitale assicurato dipende dall'andamento nel tempo del valore di un indice azionario o di un altro valore di riferimento. Pertanto il capitale ottenibile da questo contratto è soggetto alle oscillazioni dell'indice o del titolo di riferimento che, soprattutto nei contratti di breve durata, può risentire di cicli economici negativi.

Questi prodotti possono offrire delle garanzie (per esempio la restituzione almeno dell'importo dei premi investiti oppure un capitale minimo a scadenza, ovvero la corresponsione di "cedole" in corso di contratto) sia in caso di vita sia in caso di morte dell'assicurato.

Le assicurazioni *unit linked* sono contratti in cui l'entità del capitale assicurato dipende dall'andamento del valore delle quote di fondi di investimento interni (appositamente costituiti dall'impresa di assicurazione) o da fondi esterni (OICR, Organismi di investimento collettivo del risparmio) in cui vengono investiti i premi versati, dedotti i carichi, il costo per la copertura caso morte, le eventuali coperture accessorie e le commissioni di gestione.

Nelle polizze *unit linked* è prevista una suddivisione dei fondi

interni in sei classi in funzione del rischio di investimento (basso, medio basso, medio, medio alto, alto, molto alto).

Di norma è consentito al contraente scegliere la tipologia del fondo di investimento al quale agganciare il capitale, tenendo conto del profilo di rischio che meglio risponde alle proprie esigenze di investimento e, successivamente, trasferire le somme accumulate da un fondo all'altro (*switch*) pagando eventualmente una commissione. Anche questi prodotti possono offrire garanzie di capitale e/o rendimento minimo.

In assenza di garanzia di capitale e/o rendimento minimo offerte dalle compagnie, bisogna prestare attenzione ai rischi finanziari che gravano sul contratto e, quindi, sul contraente. L'assunzione di tali rischi può comportare prestazioni inferiori ai premi versati. Proprio in considerazione dell'assunzione del rischio in capo al contraente l'ISVAP ha dettato rigorosi limiti relativi ai soggetti emittenti, nonché alla diversificazione e alla dispersione del rischio per singolo fondo.

Nella nota informativa deve essere ben evidenziata la presenza o meno di rischi finanziari a carico del contraente, secondo quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 551 del 1° marzo 2005.

Per le *index linked*, nella scheda sintetica viene riportata la scomposizione del premio nelle componenti obbligazionaria, derivata e di costo. Nella nota informativa è anche illustrato con un grafico l'andamento degli indici di riferimento negli ultimi dieci anni. Se l'indice è stato creato *ad hoc* per il prodotto, ad esempio un paniere di titoli azionari, sono illustrati al contraente i criteri di costruzione e le modalità di rilevazione dell'indice. Se l'indicizzazione avviene in base alla media di più indici sono indicati i metodi di calcolo della media stessa.

Si ricorda in ogni caso che l'andamento passato non è indicativo di quello futuro. Tali prodotti sono, in ogni caso, particolarmente complessi e non si adattano ad una clientela con esigenze finanziarie semplici e con ridotta propensione al rischio.

È opportuno pertanto prestare particolare attenzione alla modalità di costruzione dell'indicatore di riferimento del prodotto ed all'andamento degli indici che lo compongono.

Per la completa valutazione dei contratti *linked*, oltre al caricamento gravante sui premi, bisogna tenere conto dell'eventuale presenza di commissioni prelevate direttamente dal valore delle quote dei fondi di investimento (per le *unit*) ovvero dai parametri di riferimento (per le

index). Il prelievo delle commissioni, che può avvenire con periodicità diverse (giornalmente, mensilmente, trimestralmente, etc.) riduce la redditività dei fondi. Può accadere che a fronte di un caricamento assai contenuto si prevedano commissioni annue elevate sui fondi di riferimento, mentre per livelli di caricamento maggiori possono non essere previste commissioni.

I caricamenti devono essere illustrati in nota informativa. Per saperne di più consulta la circolare ISVAP n. 551 del 1° marzo 2005.

› **Forme Pensionistiche Individuali (F.I.P.)**



Le forme pensionistiche complementari di tipo individuale possono essere attuate, oltre che attraverso l'adesione a fondi pensione aperti, anche mediante polizze di assicurazione sulla vita (F.I.P.). Per la realizzazione dei piani pensionistici individuali è possibile sottoscrivere un contratto di assicurazione sulla vita con prestazioni rivalutabili collegate a gestioni interne e/o con contratti di assicurazione di tipo *unit linked*.

La normativa prevede per tali contratti particolari agevolazioni fiscali e stabilisce i requisiti per conseguire le prestazioni contrattuali e la tipologia delle stesse.

Prestazione pensionistica e requisiti per ottenerla:

la prestazione pensionistica è una rendita o, nei casi e con i limiti previsti dalla legge, un capitale, al raggiungimento dei requisiti previsti per l'accesso alla pensione di anzianità o vecchiaia. L'assicurato matura il diritto ad ottenere la prestazione pensionistica individuale:

- al compimento dell'età pensionabile prevista dal sistema previdenziale di appartenenza e decorsi almeno 5 anni dalla sottoscrizione del contratto di assicurazione (prestazione di vecchiaia), oppure
- a condizione che siano decorsi almeno 15 anni dalla sottoscrizione di una forma pensionistica individuale e che l'età dell'assicurato non sia inferiore di oltre dieci anni a quella necessaria per il pensionamento di vecchiaia previsto nel regime obbligatorio di appartenenza.

Prestazione in caso di morte:

in caso di morte dell'assicurato prima del raggiungimento dei requisiti per la prestazione pensionistica, sarà corrisposto agli eredi un capi-

tale determinato secondo quanto previsto nelle condizioni di polizza ed indicato nella nota informativa.

Prestazione in caso di riscatto:

il riscatto, anche parziale, della posizione individuale maturata è consentito solo nelle ipotesi previste dalla legge (spese sanitarie per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche, acquisto della prima casa per sé o per i figli, ecc;) dopo che siano trascorsi almeno otto anni di partecipazione a una forma pensionistica complementare oppure in caso di cessione della attività lavorativa.

Trasferimento della posizione individuale:

il contraente/assicurato può trasferire il capitale maturato presso una forma individuale di previdenza ad un'altra forma di previdenza complementare (portabilità), purché siano passati almeno tre anni dalla conclusione del contratto.

La nota informativa delle polizze di tipo previdenziale deve essere redatta in conformità alla circolare ISVAP n. 551 del 1° marzo 2005.

Per le forme pensionistiche complementari di tipo individuale attuate mediante polizze di assicurazione sulla vita di tipo rivalutabile o *unit linked* devono essere indicati, in nota informativa, tra le altre cose, i caricamenti applicati a ciascun premio versato, le commissioni di gestione, in termini di prelievo dell'importo accumulato e/o in termini di rendimento trattenuto, i costi di trasferimento verso altre forme di previdenza complementare ed ogni altro eventuale onere addebitabile all'assicurato. **Occorre prestare particolare attenzione alle condizioni contrattuali che prevedono la facoltà per l'impresa di rivedere le garanzie offerte, in particolare le ipotesi di sopravvivenza impiegate (tavole demografiche) e i tassi di rendimento garantiti.** Per saperne di più consulta la circolare n. 551 del 1° marzo 2005 sul sito www.isvap.it.

Assicurazioni Malattia

Le domande più frequenti	59
‣ Quali sono le garanzie più diffuse in una polizza malattia?	59
‣ Chi può stipulare una polizza malattia?	61
‣ Cosa è bene sapere prima di sottoscrivere una polizza malattia?	62
‣ Quali aspetti del contratto vanno guardati preliminarmente con particolare attenzione?	70
‣ Come accertarsi che la compagnia di assicurazione è autorizzata?	74
‣ Quali intermediari intervengono nel contratto di assicurazione malattia?	74
‣ Qual è il documento che attesta l'avvenuto pagamento del premio?	75

Le domande più frequenti

› Quali sono le garanzie più diffuse in una polizza malattia?



- **Assicurazione rimborso spese mediche:**

copre le **spese sostenute per ricovero**, reso necessario da malattia o infortunio, o **per intervento chirurgico**. Per quest'ultimo non è richiesto il ricovero, potendo avvenire anche in ambulatorio o *day hospital*, e non vengono neanche richiamati la malattia o l'infortunio, che tuttavia ne costituiscono condizioni implicite. Difatti gli interventi chirurgici non motivati da malattia o infortunio (es. correzioni di malformazioni, chirurgia estetica) sono oggetto di esplicite esclusioni (per saperne di più vedi "Esclusioni", pag. 61).



In altre parole, salvo che non sia diversamente previsto nelle condizioni contrattuali, la garanzia non è efficace per le malattie e gli infortuni che non diano luogo a ricovero o intervento chirurgico, anche se espongono l'assicurato a spese rilevanti come, ad esempio, alcune malattie per le quali non è sempre necessario il ricovero.



Gli eventi considerati sono la **malattia** ("ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio"), l'**infortunio** ("ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni obiettivamente constatabili"), il parto, l'aborto.

Quindi nell'ambito della garanzia rimborso spese mediche, che è un tipo di assicurazione malattia (ramo 2), l'evento infortunio - a differenza della specifica assicurazione contro gli infortuni rientrante nel ramo 1 - non rileva in sé e per sé, ma solo in quanto dia luogo a ricovero o a intervento chirurgico, di cui si assicura il rimborso delle spese.



Il rischio coperto è in genere costituito, salvo diversa pattuizione ed in ogni caso previa presentazione di prescrizione medica, dalle spese per malattia accertata e non dalle spese sostenute

per timore di una malattia o a fini di prevenzione.

Dunque accertamenti diagnostici e visite specialistiche, per essere rimborsati, devono in genere essere connessi a malattia o infortunio e aver dato luogo a un ricovero per un periodo minimo di tempo indicato in polizza. Se effettuati in *day-hospital*, in mancanza di esplicite estensioni, non sono rimborsabili.

Ricorda inoltre che malattia e infortunio, **salvo che non sia diversamente previsto nelle condizioni 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 “Spese rimborsabili”, pag. 68).

La cosiddetta “**diaria sostitutiva**” riconosce all’assicurato che si avvalga dell’ospitalità pubblica una somma fissa per il periodo di ricovero entro un limite massimo di durata. Verifica se nelle condizioni sia previsto un numero minimo di giorni di ricovero per aver diritto alla prestazione. Alcune polizze prevedono la corresponsione della diaria sostitutiva nel caso in cui le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre in caso di spese eccedenti la compagnia rimborserà il maggiore importo risultante dal confronto tra la diaria giornaliera e le spese effettivamente sostenute. Sono tuttavia possibili anche schemi diversi.



- **Assicurazione per invalidità permanente da malattia:**

copre la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità lavorativa derivante da invalidità permanente, conseguente a sua volta a malattia (nel significato sopra riportato) “manifestatasi” successivamente alla data di effetto del contratto ed entro la data di scadenza dello stesso. Dunque va tenuto distinto il momento della manifestazione della malattia (che deve avvenire nel periodo di validità del contratto) dal momento della manifestazione dell’invalidità permanente conseguente (che può verificarsi anche oltre la fine del contratto). Viene corrisposta una somma di cui è fissato in polizza l’ammontare massimo (capitale assicurato) e il cui importo, in caso di sinistro, viene concretamente determinato dall’applicazione di una percentuale sul capitale assicurato (percentuale di indennizzo). Quest’ultima è a sua volta correlata alla percentuale di invalidità accertata e la corrispondenza è generalmente indicata in una tabel-

la inserita in polizza. Quanto al momento della determinazione del grado di invalidità, presupposto per la liquidazione dell'indennizzo, esso dovrebbe avvenire a fine malattia, intesa come stabilizzazione dei postumi. In genere viene previsto un termine minimo prima del quale non è possibile detta stabilizzazione (es. sei mesi dalla denuncia) ed un termine massimo (es. 18 mesi dalla denuncia) entro il quale deve essere comunque effettuato l'accertamento. In altri casi è previsto un termine unico (es. 12 mesi).



- **Assicurazione di indennità giornaliera per ricovero in casa di cura:**

prevede la corresponsione all'assicurato di un importo predeterminato per ogni giorno di ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o infortunio. L'indennità è indipendente dalle spese effettivamente sostenute dall'assicurato e mira ad integrare il mancato reddito derivante dall'impossibilità di svolgere la propria attività.



- **Assicurazione *Long Term Care* (LTC):**

copre le spese derivanti dall'impossibilità di svolgere autonomamente le funzioni della vita quotidiana, non necessariamente per malattia o infortunio ma anche per senescenza e conseguente menomazione dell'autosufficienza.



- **Assicurazione contro le malattie gravi ("*Dread disease*" o "*Critical Illness*"):**

copre le necessità derivanti dal verificarsi di una delle gravi malattie previste in polizza (es. infarto, cancro, cecità, ictus, insufficienza renale) attraverso il pagamento di un capitale prefissato. La garanzia è spesso fornita in abbinamento ad assicurazioni sulla vita che prevedano una copertura in caso di morte.

» **Chi può stipulare una polizza malattia?**



Il singolo individuo per sé e/o per la propria famiglia (polizza individuale su una o più teste assicurate) o un contraente (azienda, associazione, cassa di assistenza...) a favore dei propri dipendenti o associati (polizza collettiva).

› Cosa è bene sapere prima di sottoscrivere una polizza malattia?



Innanzitutto occorre avere ben chiare le proprie esigenze per valutare le caratteristiche del prodotto offerto. Per una scelta consapevole è inoltre utile mettere a confronto diverse proposte di imprese differenti, prendendo visione presso i punti vendita delle imprese della nota informativa precontrattuale che deve essere consegnata al potenziale cliente prima della sottoscrizione della polizza. Se non vuoi o non puoi muoverti da casa consulta i siti internet delle compagnie dove sono obbligatoriamente pubblicate nota informativa e condizioni contrattuali delle polizze individuali offerte.



Qualora tu concluda il contratto mediante **internet**, ricorda che l'ISVAP ha dettato alcune regole di condotta che prevedono ulteriori specifiche tutele per il consumatore: per saperne di più consulta la circolare n. 393 del 17 gennaio 2000 e consulta l'apposita pagina sul sito dell'ISVAP.



Se concludi un contratto a distanza (es. **telemarketing**), ricorda che prima della stipulazione ti dovranno essere fornite (e quindi potrai pretendere) oltre alla informativa precontrattuale prevista per tutti i tipi di contratti, concernente i dati essenziali degli intermediari e la loro attività (ad es. numero e data di iscrizione dell'intermediario nel Registro unico degli intermediari assicurativi, con indicazione della sezione e della veste in cui opera ovvero, in caso di addetto all'attività di intermediazione non iscritto nel Registro unico, operante all'interno dei locali di un intermediario iscritto, natura del rapporto con l'intermediario per il quale svolge l'attività; potenziali situazioni di conflitto di interessi dell'intermediario connesse alla detenzione di partecipazioni in un'impresa di assicurazioni o viceversa; eventuale obbligo dell'intermediario di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione) anche le seguenti informazioni:

- principali caratteristiche del servizio o prodotto che ti viene offerto;
- premio totale, compresi i relativi oneri, commissioni, spese ed imposte, che dovrai corrispondere.

-
- qualsiasi costo specifico aggiuntivo relativo all'utilizzazione della tecnica a distanza.



Ti dovrà inoltre essere trasmesso un riepilogo dei principali obblighi di comportamento dell'intermediario (ad es. obbligo di proporre contratti adeguati alle tue esigenze di copertura assicurativa).

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



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.

Consulta anche sul sito www.isvap.it la circolare n. 417 del 28 settembre 2000.

Gli aspetti di maggiore importanza riguardano:

- **Dichiarazioni dell'assicurato e questionario anamnestico**
prima della conclusione del contratto solitamente ti viene richiesto di compilare un questionario dal quale l'assicuratore trae le informazioni sul tuo stato di salute necessarie per la valutazione del rischio.



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

Non si tratta di una semplice formalità, tant'è che dichiarazioni inesatte e reticenti (vedi gli artt. 1892 e 1893 del codice civile) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, anzi il questionario ha la funzione di richiamare la tua attenzione su malattie e menomazioni di cui potresti non essere in grado di apprezzare l'importanza, col rischio di compiere involontarie omissioni e ricadere nelle predette conseguenze. Ad esempio, nel caso di domanda relativa a precedenti interventi chirurgici, ricorda che

vanno dichiarati anche eventuali parti cesarei.



• 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 siano per questo da presumersi “conosciute” dal contraente o le conseguenze di infortuni, avvenuti in precedenza e taciuti con dolo o colpa grave all’atto del contratto. Mancando il dolo o la colpa grave, si applica l’art. 1893 c.c. con conseguente riduzione proporzionale dell’indennizzo. Le malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto ma “non conosciute” perché non evidenziate da cure, esami, diagnosi sono generalmente coperte, sia pure con l’applicazione di un termine di aspettativa (per saperne di più vedi “Periodo di carenza contrattuale”, pag. 66).

Fai attenzione all’eventualità che l’esclusione riguardi anche specifiche patologie pregresse “non conosciute”.



Presta attenzione alle specifiche esclusioni previste nelle condizioni relative ad esempio a:

- prestazioni aventi finalità estetiche (a motivo della volontarietà del ricovero, salvo ovviamente gli interventi di chirurgia plastica resi necessari da infortunio);
- aborto volontario non terapeutico;
- cure dentarie (a meno che non siano conseguenti a infortunio);
- malattie mentali;
- conseguenze di comportamenti volontari e/o contrari alla legge (es. infortuni conseguenti ad atti dolosi ovvero infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci, stupefacenti);
- acquisto, manutenzione e riparazione di protesi (salvo quelle applicate nel corso di un intervento chirurgico);
- eliminazione o riduzione di difetti fisici e di malformazioni. Anche in tal caso è importante notare se l’esclusione sia limitata alle situazioni “non conosciute” al momento della stipula del contratto (cioè a quelle non obiettivamente visibili e clinicamente non diagnosticate prima della stipulazione). Se così non fosse, la compagnia potrebbe

rifiutarsi di risarcire le spese per l'eliminazione di difetti congeniti (ad esempio un difetto cardiaco) anche se l'assicurato ne era "portatore inconscio", per il solo fatto che, essendo congeniti, erano necessariamente preesistenti.



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, implicita per le terapie ma non per gli accertamenti diagnostici. Quindi, in genere, se non c'è malattia le spese non saranno rimborsate.



Fai attenzione alle appendici di esclusione che eventualmente ti vengano sottoposte nel corso di un contratto pluriennale: qualora tu le sottoscriva, accetti che da quel momento in poi siano escluse dalla copertura determinate garanzie.

Presta anche attenzione all'eventuale presenza della clausola che qualifica il diritto all'indennità per invalidità permanente come personale e ne esclude l'azionabilità dagli eredi. Tale clausola deve essere 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 semplicemente 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 l'assicuratore non è tenuto pertanto ad alcuna prestazione.



- **Durata del contratto**

fai attenzione alla durata della copertura che ti viene offerta (es. uno, due, tre o dieci anni) poiché una volta stipulato il contratto, sei obbligato a pagare i premi fino alla scadenza.

Le condizioni devono poi precisare se, alla scadenza pattuita, il contratto sia soggetto a proroga tacita in mancanza di disdetta eserci-

tata dall'assicurato o dall'assicuratore entro un certo termine, oppure se esso si risolva automaticamente.

Controlla nelle condizioni di polizza il termine di preavviso entro il quale devi formulare la disdetta: ricorda che tale termine deve essere inferiore a 60 giorni.

In caso di proroga tacita deve altresì essere indicata la durata del periodo di proroga, che non può comunque essere superiore a due anni.

Fai attenzione a rispettare le scadenze di pagamento: la legge stabilisce che la copertura si sospende a partire dal quindicesimo giorno successivo alla scadenza e si riattiva alle ore 24.00 del giorno in cui paghi il premio.



- **Età assicurabile**

Le imprese in genere prevedono un limite massimo di età assicurabile: esse cioè possono 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 prevedere la cessazione automatica della copertura qualora l'assicurato compia la massima età assicurabile nel corso del contratto. Una clausola di tale genere sarebbe infatti abusiva.

Con la circolare n. 417 del 28 settembre 2000 l'ISVAP ha imposto alle compagnie di non prevedere la clausola di cessazione automatica della copertura nei **nuovi contratti**. Per i **contratti stipulati precedentemente e in corso alla data di entrata in vigore della circolare**, ove l'assicurato abbia continuato a pagare il premio anche oltre il limite di età assicurabile, l'ISVAP ha prescritto che il rischio sia considerato in copertura. Di conseguenza l'impresa non è tenuta a restituire, in tal caso, i premi pagati.



- **Periodo di carenza contrattuale**

Le condizioni di polizza solitamente prevedono un periodo iniziale dalla data di decorrenza del contratto ("termine di aspettativa") durante il quale l'eventuale sinistro non rientra in garanzia e quindi non sarà pagato dall'impresa.

Fai quindi attenzione se sia previsto in polizza un "termine di aspettativa": in tal caso, se il sinistro si verifica durante il suo corso, non hai diritto ad 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 (nove mesi) ai 300 giorni (dieci mesi) dalla decorrenza del contratto: l'assicuratore non pagherà le spese per parto avvenuto nei primi nove (o dieci) mesi dalla decorrenza della polizza (in altre parole il soggetto assicurato non deve essere in stato interessante al momento della stipulazione della polizza). Viceversa l'**infortunio** non è in genere 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 (per saperne di più vedi "Assicurazione rimborso spese mediche", pag. 59) sono rimborsate anche se l'infortunio (e il connesso ricovero o intervento) siano avvenuti subito dopo la decorrenza della polizza.

Per le **malattie pregresse**, conseguenza o espressione di patologie "insorte" PRIMA della stipulazione della polizza ma non ancora conosciute in quel momento essendosi "manifestate" solo successivamente, il termine di aspettativa è solitamente di 180 giorni nel caso della **garanzia rimborso spese mediche**, mentre è di 90 per la **copertura dell'invalidità permanente**.

Ciò vuol dire che non sono coperte le spese di ricovero o intervento e le invalidità conseguenti a malattie che si "manifestino" rispettivamente nei primi sei o nei primi tre mesi dalla decorrenza del contratto (ad es. nulla è dovuto all'assicurato che sia colpito a distanza di una settimana dalla firma del contratto da malattia cardiaca che non aveva dato luogo ad alcun sintomo fino a quel momento). Saranno indennizzate pertanto solo le spese e l'invalidità connesse a malattie che si "manifestino" successivamente a tali termini, non importa quindi se già "insorte" al momento della stipula, e sempre che l'assicurato ne ignori l'esistenza, cosa che si ritiene verosimile quando lo stesso non abbia subito cure, esami e diagnosi. Fai quindi attenzione alle conseguenze previste dal codice civile (artt. 1892 e 1893) in caso di dichiarazioni inesatte e di reticenze (per saperne di più vedi "Dichiarazioni dell'assicurato e questionario anamnestico", pag. 63).

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 dall'assicuratore, il quale

evidentemente valuta come in via di risoluzione quelle in atto o con bassa probabilità di recidiva le pregresse.

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 riscalate 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 si dà luogo a **sostituzione o variazione di polizza**, ad esempio per aumento dei massimali o per l'inserimento di 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 decorso di un autonomo termine di aspettativa, che parte dal pagamento della nuova polizza.



- **Recesso**

fai attenzione a verificare che il contratto che vuoi sottoscrivere non preveda la facoltà di recesso in caso di sinistro del solo assicuratore, poiché una clausola di tal genere è da presumersi vessatoria ai sensi del codice civile.

Ricorda in ogni caso che, anche qualora la facoltà di recesso sia “bilaterale”, sia cioè riconosciuta tanto all'assicuratore che al contraente, la giurisprudenza ha ritenuto che tale previsione continui ad essere sostanzialmente vessatoria, poiché la “bilateralità” non vale di fatto a superare lo squilibrio esistente tra le posizioni delle parti. Tieni presente che, se in caso di sinistro l'impresa esercita la facoltà di recesso, il contratto si scioglie e quindi il contraente viene a trovarsi sprovvisto di copertura assicurativa. Di conseguenza egli, se intende continuare a garantirsi contro il rischio di malattie, dovrà affrontare l'onere della ricerca di un assicuratore disposto ad accet-

tarlo, probabilmente a condizioni più gravose ed in ogni caso diverse dalle precedenti, dal momento che il suo “profilo di rischio” è nel frattempo mutato in conseguenza del sinistro subito.

Per i contratti soggetti alla costituzione della cosiddetta “riserva di senescenza”, cioè per i contratti poliennali o annuali con obbligo dell'assicuratore di rinnovo alla scadenza, la legge consente all'assicuratore di esercitare la facoltà di recesso esclusivamente nei primi due anni dalla stipulazione.



- **Termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto**

la legge stabilisce che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di un anno dal verificarsi dell'evento su cui il diritto si fonda, ovverosia dal sinistro, che è variamente individuato a seconda del tipo di copertura.

Nella **garanzia per invalidità permanente**, il sinistro non coincide con il momento in cui si “manifesta” la malattia, ma con quello in cui può dirsi prodotta l'invalidità conseguente. Solo in questo momento nasce il diritto all'indennizzo, e quindi anche la possibilità di prescriversi.

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 richiedere l'indennizzo entro e non oltre un anno dal giorno in cui si è verificato il sinistro e per l'intera durata dell'istruttoria abbi cura di interrompere sempre il termine di prescrizione annuale mediante l'invio di raccomandate a.r. all'impresa.



- **Arbitrato**

le condizioni di polizza solitamente prevedono la possibilità di deferire eventuali controversie tra l'impresa e l'assicurato circa l'ammontare del danno risarcibile ad un collegio arbitrale. In tal caso

deve essere prevista quale città di svolgimento dell'arbitrato la sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, anche qualora questi sia persona diversa dal contraente.

Ricorda che l'arbitrato è comunque facoltativo e che pertanto puoi anche rivolgerti direttamente all'Autorità giudiziaria.



• Foro competente

la legge presume come vessatoria la clausola contrattuale che stabilisce come sede del foro competente per le controversie tra assicurato ed assicuratore una località diversa da quella di residenza o domicilio dell'assicurato. Al riguardo la Corte di Cassazione ha espresso l'orientamento (non vincolante) secondo il quale è da considerare vessatoria anche la clausola che stabilisca come foro competente quello, pure previsto dalla legge, di residenza o domicilio del convenuto (cioè quello dell'impresa di assicurazione, nel caso in cui l'assicurato decida di citarla in giudizio) o quello del luogo in cui è sorta l'obbligazione.

» Quali aspetti del contratto vanno guardati preliminarmente con particolare attenzione?



• Spese rimborsabili

nell'assicurazione rimborso **spese mediche** fai attenzione alle spese che ti saranno rimborsate, eventualmente dietro pagamento di un sovrapprezzo, e a quelle che invece dovrai pagare di tasca tua. Quindi leggi con attenzione le condizioni di polizza con riferimento a:

- **spese principali di ricovero o per intervento chirurgico**
es. rette di degenza, spese per accertamenti diagnostici, cure, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'equipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- **spese accessorie al ricovero o per particolari prestazioni** es.
spese di trasporto con mezzi sanitari, spese di vitto e pernottamento di un accompagnatore con relativi limiti di tempo e di somma giornaliera (per saperne di più vedi "Massimali - limiti di indennizzo", pag. 69) spese relative al prelievo e trasporto di organi;
- **spese precedenti o successive al ricovero o all'intervento chirurgico**

rappresentano una parte di rilievo della copertura poiché prima di un intervento si effettuano visite specialistiche ed accertamenti diagnostici non necessariamente in regime di ricovero. Inoltre 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.

È spesso prevista una durata minima del ricovero (es. tre giorni) o uno specifico limite di rimborsabilità, talora espresso in una percentuale delle spese sostenute per il ricovero (per saperne di più vedi "Massimali - limiti di indennizzo", pag. 69);

- spese indipendenti dal ricovero o dall'intervento chirurgico
(con sovrappremio)

determinate prestazioni diagnostiche e/o particolari terapie (es. medicina nucleare, scintigrafia, risonanza magnetica...), rese comunque necessarie da malattia o infortunio salvo che non sia diversamente stabilito nelle condizioni contrattuali, con la previsione spesso di scoperti e/o franchigie a carico dell'assicurato e un massimale annuo distinto e più contenuto rispetto a quello generale.



• **Massimali – limiti di indennizzo**

il massimale rappresenta la somma massima che l'assicuratore è disposto a risarcire per l'insieme dei sinistri (per la definizione di sinistro vedi "Termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto", pag. 66) coperti dalla polizza verificatisi in un medesimo anno assicurativo. Più alto è questo limite, più alto è il premio.

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 anche polizze che prevedono un massimale illimitato, che incide sensibilmente sull'entità del premio.

Nel caso della **garanzia rimborso spese mediche**, qualora un 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, 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 "Spese rimborsabili", pag. 70).

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 una percentuale del massimale assicurato, ad esempio il 10% del massimale assicurato pari a 50.000 euro, il rimborso per spese di ricovero o di intervento non potrà superare i 5.000 euro.



- **Convenzioni**

molte polizze prevedono convenzioni con una rete di cliniche o centri medici in modo che le prestazioni siano pagate direttamente dall'assicuratore ("indennizzo diretto"). Prima di sottoscrivere la polizza esamina con attenzione l'elenco dei centri convenzionati per valutare se sono di tuo gradimento, poichè affidarsi ad altri fornitori (il cosiddetto "fuori rete") può comportare la perdita del beneficio dell'indennizzo diretto (e quindi l'onere di anticipare le spese) ed è inoltre penalizzato dall'applicazione di limiti di indennizzo o scoperti. Tieni anche presente che nel corso del contratto le strutture convenzionate possono cambiare e/o diminuire di numero.



Fai attenzione se la convenzione riguarda solo la clinica o anche i medici che vi operano o una parte di essi. Prima di richiedere

la prestazione verifica quindi che il medico cui ti rivolgi sia compreso nell'elenco dei medici convenzionati operanti presso la struttura da te prescelta. Al momento del sinistro ricorda anche di seguire esattamente la procedura prevista nelle condizioni contrattuali per ottenere l'indennizzo diretto al fine di evitare contestazioni da parte dell'impresa.



- **Franchigie e 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**

l'importo indicato in franchigia va comunque detratto dalla somma dovuta come risarcimento, sicchè per prestazioni fino ad importo pari a quello di franchigia nulla sarà dovuto dall'assicuratore, mentre le prestazioni di importo superiore saranno risarcite solo per la parte eccedente;

- **semplice o relativa**

l'importo indicato in franchigia rappresenta la soglia fino alla quale l'assicuratore non dovrà nulla, mentre le prestazioni di importo superiore alla franchigia saranno risarcite integralmente, senza detrazione della franchigia.



Nell'**assicurazione di invalidità permanente** la franchigia viene espressa in percentuale di invalidità (es. 25%) che va detratta dal grado di invalidità riconosciuto all'assicurato. Quindi, nell'esempio fatto, se la franchigia è assoluta, nulla sarà dovuto dall'assicuratore per invalidità fino al 25%. Per invalidità superiori sarà 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.

› Come accertarsi che la compagnia di assicurazione è autorizzata?



Il settore assicurativo è sottoposto a controlli previsti dalla legge e le imprese di assicurazione, per poter operare, devono essere dotate di specifica autorizzazione.

Verifica sempre che la denominazione della compagnia corrisponda ad una impresa autorizzata all'esercizio del ramo malattia (ramo 2): al riguardo puoi consultare sul sito internet dell'ISVAP gli elenchi delle imprese di assicurazione italiane ed estere abilitate ad operare in Italia.

Il Codice delle assicurazioni prevede l'istituzione dell'Albo delle imprese entro la fine del 2007. Qualora la scelta ricada su una società estera appartenente all'Unione Europea, occorre tener presente che la legislazione applicabile al contratto, che deve essere indicata nella nota informativa, può non essere quella italiana. Se il contratto è stipulato tramite tecnica di comunicazione a distanza (es. internet), al consumatore deve essere comunque riconosciuta la tutela prevista dalla legge italiana in materia di informativa precontrattuale per i contratti stipulati attraverso questa particolare tecnica.

› Quali intermediari intervengono nel contratto di assicurazione malattia?



Il collocamento di un contratto di assicurazione malattia può avvenire attraverso intermediari assicurativi iscritti nel Registro unico degli intermediari assicurativi (agenti, broker, produttori diretti, intermediari finanziari, banche, uffici postali, addetti all'attività di intermediazione, quali subagenti, produttori e collaboratori, che operano per conto di un intermediario al di fuori dei locali di quest'ultimo) oppure attraverso addetti all'attività di intermediazione non iscritti nel Registro unico, operanti all'interno dei locali di un intermediario iscritto.

Verifica che l'intermediario sia iscritto in una delle apposite sezioni del Registro unico pubblicato nel sito dell'ISVAP.

Prima di sottoscrivere un contratto di assicurazione, verifica sem-

pre la qualifica professionale dell'intermediario per conoscere quale sia il rapporto 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 Registro unico, consultabile sul sito dell'ISVAP.

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.

All'atto dell'accettazione della proposta o al momento della trasmissione della polizza definitiva, ti deve essere indicato, per iscritto, la struttura o il numero verde cui puoi rivolgerti per ottenere l'assistenza post-vendita. Per saperne di più vedi il Regolamento n. 5 del 16 ottobre 2006 pubblicato nel sito dell'ISVAP.

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



Il premio può essere generalmente pagato con diverse modalità.

Ricorda che il pagamento del premio può avvenire con assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato o girato all'impresa, oppure intestato all'intermediario espressamente in tale qualità, ovvero con ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario uno dei suddetti soggetti. È consentito pagare il premio in contanti solo per importi fino a cinquecento euro annui per ciascun contratto: in tal caso pretendi il contestuale rilascio della quietanza firmata.

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



Come presentare un Reclamo

► Come presentare un reclamo per tutti i tipi di assicurazioni



L'utente, che per qualche motivo non si ritenga soddisfatto del rapporto instaurato con una impresa di assicurazione (sia essa italiana o estera operante in Italia), può rivolgersi all'Istituto il quale interverrà presso l'impresa stessa.

Attenzione però: al fine di rendere il più efficace e spedito possibile questo intervento, è necessario che l'utente interessato segua attentamente la **procedura** introdotta dall'ISVAP (consulta la circolare n. 518 del 21 novembre 2003).

Tale procedura prevede che l'utente:

- 1) inoltri **innanzitutto** (prima cioè di rivolgersi all'ISVAP) il reclamo alla impresa di assicurazioni. Il reclamo può essere spedito mediante posta, telefax o e-mail direttamente all'ufficio reclami della impresa il cui indirizzo è ricavabile dalle Note informative contrattuali. Un elenco delle imprese assicurative e dei relativi uffici reclami è disponibile anche cliccando sul link uffici *gestione reclami*. L'impresa è tenuta a gestire il reclamo, valutare la posizione e fornire un motivato riscontro al massimo entro 45 giorni dalla data di ricevimento dell'esposto;
- 2) si rivolga **successivamente** all'ISVAP (si vedano i recapiti indicati in questa pagina), qualora l'impresa non risponda entro i termini o fornisca un riscontro insoddisfacente.

Si sottolinea infine che presso l'ISVAP è a disposizione un **servizio telefonico di informazioni agli utenti** (numero 06-42133000) al quale rispondono negli orari di apertura al pubblico (lunedì - giovedì: ore 9,30 - 13,30 / ore 14,30 - 16,30; venerdì: ore 9,30 - 13,00) funzionari dell'Istituto, mentre al di fuori dei predetti orari è attivo un risponditore automatico. Ulteriori dettagli sono reperibili alla casella Contatti sul sito dell'Istituto (www.isvap.it).

Recapiti cui possono essere trasmessi i reclami:

ISVAP, Servizio Tutela Utenti, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
oppure fax 06-42133426/06-42133353

› Reclamo nei confronti di imprese estere



FIN-NET - Rete di risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere nel settore dei servizi.

Istituita dalla Commissione Europea al fine di favorire il mercato transfrontaliero e facilitare la soluzione delle controversie relative che possono sorgervi, la rete Fin-net è concepita in modo che il consumatore possa contattare l'organo nazionale di risoluzione extragiudiziale nel proprio Paese, anche nel caso di una lite con un prestatore di servizi finanziari all'estero. Tale impostazione, secondo una logica del "sistema più vicino", aiuterà il consumatore ad individuare l'organismo di risoluzione extragiudiziale competente nel Paese in cui ha sede il prestatore di servizi finanziari estero e fornirà le necessarie informazioni sul sistema stesso e sul procedimento contenzioso.

Persegue due specifiche finalità:

- 1) Fornire al consumatore un accesso agevole ed informato alla risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere ovvero sorte tra cittadini italiani e imprese estere
- 2) Assicurare un efficiente scambio di informazioni tra i sistemi europei al fine di un trattamento delle liti transfrontaliere che sia il più rapido, efficiente e professionale possibile Per la materia assicurativa, l'ISVAP fa parte della rete Fin-Net e può quindi essere contattato in caso di necessità per fornire informazioni e assistenza sui sistemi esteri.

Ottenute le informazioni necessarie sul sistema competente per il proprio caso, il consumatore può avviare un procedimento presentando un ricorso all'ISVAP che, qualora non si occupi direttamente della controversia, la inoltrerà al sistema competente nel paese del prestatore di servizi. Talora potrebbe rivelarsi più efficiente contattare direttamente il sistema competente, nel qual caso sarà cura dell'aderente FIN-NET invitarvi a procedere in tal senso.

Gli organi che aderiscono alla rete FIN-NET trattano le liti transfrontaliere con la stessa efficienza delle liti nazionali. Nel caso in cui sia necessario ottenere ulteriori informazioni o documentazione, contatteranno direttamente il consumatore interessato. Se invece avranno bisogno di conoscere informazioni più generali, vale a dire il quadro legislativo in materia di protezione dei consumatori nel Paese interes-

sato, essi collaboreranno direttamente con il membro nazionale FIN-NET del Paese in questione.

Occorre tenere presente che le procedure FIN-NET, applicabili anche in caso di controversie relative all'attribuzione della responsabilità e la quantificazione dei danni, costituiscono soltanto un'alternativa ai ricorsi giudiziari e che le decisioni o raccomandazioni adottate dagli organi extragiudiziali non sono applicabili ovunque alla stregua delle sentenze giudiziarie. Nella maggior parte dei casi, le istituzioni finanziarie si adeguano alle raccomandazioni dell'organo di ricorso anche se non hanno carattere vincolante. In caso contrario, tuttavia, il consumatore potrebbe dover intraprendere un'azione giudiziaria. Il membro nazionale FIN-NET può fornire altre informazioni dettagliate in merito all'applicazione delle decisioni.

› Dove trovare le informazioni



Maggiori informazioni sulla rete FIN-NET e i sistemi nazionali aderenti degli Stati europei sono disponibili nel sito della Commissione europea:

http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/finances/consumer/adr.htm e in una specifica banca-dati interattiva FIN-NET:

<http://finnet.jrc.it/en/>