



Polizze LE ASSICURAZIONI DEL SETTORE SANITARIO

Un contratto preventivo contro i rischi economici legati al «bene» salute

Rossella Cadeo

Ha superato i 140 miliardi di la spesa sanitaria complessiva in Italia, il 9% circa del Pil. E se sul fronte pubblico l'importo pro capite (circa 1.900 euro l'anno) si è mantenuto stabile negli ultimi cinque anni, su quello privato è cresciuta, attestandosi sui 530 euro: spesa sostenuta per la quasi totalità dal cittadino e solo in minima parte transitata attraverso organismi privati (dati Ocse). Nel contempo cresce il numero degli italiani che rinunciano alle prestazioni sanitarie per ragioni economiche (nove milioni secondo un'indagine Censis).

Una soluzione per migliorare il sistema - e renderlo sostenibi-

le in vista del progressivo invecchiamento della popolazione - potrebbe venire dallo sviluppo di forme sanitarie integrative, collettive (come fondi sanitari, casse o mutue) o individuali (polizze malattia, infortuni, per non autosufficienza). Strumenti che permettono di trasferire a un soggetto terzo (l'assicuratore) le conseguenze finanziarie di eventi negativi per la salute.

Ad avere una copertura privata individuale (il tema di questa pagina) sono tuttavia appena 1,5 milioni di italiani. Solo il 4,3% delle famiglie ha una polizza di questo tipo rispetto al 5,5% del 2010 (indagine Banca d'Italia). Con un effetto sulla raccolta premi passati nel periodo 2008-2013 da

2,15 miliardi a 2,07 (-4%) nel ramo malattia e da 3,20 a 2,95 (-8%) nel ramo infortuni. Certo anche il fisco non aiuta, avendo ridotto il beneficio sui premi pagati: per le polizze infortuni o malattia stipulate o rinnovate dopo il 31 dicembre 2000, la soglia della detraibilità al 19% è scesa a 630 euro (periodo di imposta 2013) e calerà a 530 per il 2014 (con l'eccezione delle Long term care, per le quali lo sconto fiscale resta a 1.291,14 euro). Ma anche la scarsa informazione è un fattore che limita la diffusione di questi prodotti, offerti da molte imprese attraverso una molteplicità di canali (agenti soprattutto, ma anche broker, banche, sim, compagnie online).

Una polizza sanitaria può inve-

ce rivelarsi molto utile quando un incidente o una malattia costringono a ricovero e cure mediche e a uno stop dell'attività. A patto che nella stipula si faccia attenzione a tutte le clausole: carenza, franchigia, esclusioni, iter per il rimborso, costi. Senza dimenticare di fare confronti e di controllare di non essere già dotati di una copertura di questo tipo, magari sottoscritta senza saperlo (come ha appurato l'Ivass), in abbinamento a qual-

che altro prodotto o servizio.



Periodo di carenza

- Nel periodo iniziale dalla data di validità del contratto (cosiddetto di carenza

contrattuale) il sinistro non è coperto e non si ha diritto al risarcimento. Ad esempio, il parto prevede una "carenza" 270 ai 300 giorni dalla decorrenza della polizza. Per l'infortunio non sono in genere fissati termini di aspettativa essendo per definizione un evento improvviso e violento.

LONG TERM CARE

Contro i guai della vecchiaia bisogna giocare d'anticipo

Gaia Giorgio Fedi

Le Long term care sono polizze tutelano l'assicurato in caso di perdita dell'autosufficienza, cioè della capacità di badare da solo ai bisogni della vita quotidiana, come muoversi, mangiare in autonomia, lavarsi, vestirsi. La copertura - che prevede un sostegno economico - è prevista non soltanto quando questa menomazione delle normali capacità dell'individuo avvenga in seguito a malattia o infortunio, ma anche nel caso in cui la persona abbia perso l'autosufficienza semplicemente per vecchiaia.

Le Ltc possono suddividersi in due categorie: quelle ad accumulazione e quelle a ripartizione. Le prime sono polizze di ramo vita che consentono di accumulare dei risparmi in un fondo speciale. All'eventuale verificarsi dell'evento che pregiudica l'autosufficienza dell'assicurato, da questo fondo viene prelevato un capitale una tantum oppure

una somma periodica che verrà pagata all'assicurato per tutto il periodo in cui non è in condizioni di autosufficienza. Le seconde sono invece polizze del ramo malattia nelle quali il premio pagato dall'assicurato durante l'anno serve come contropartita per il rischio di quell'anno.

Se le polizze ad accumulo sono più adatte a persone abbastanza giovani - con più tempo quindi per costituirsi un proprio capitale - quelle a ripartizione sono adatte anche a persone più avanti con gli anni (ma è bene considerare che oltre una certa soglia di età, in genere 70 anni, le compagnie non danno la possibilità di assicurarsi).

Alcune compagnie prevedono la possibilità di trasformare l'indennità in servizi: cioè provvedono a contattare i fornitori di assistenza domiciliare, e definire con il medico curante le prestazioni di cui l'assicurato ha bisogno. Per evitare che l'indennità non sia adeguata a coprire le spese dell'assistenza dopo un certo numero di anni, a causa dell'erosione dell'inflazione, è previsto un aggiornamento automatico in base al rincaro del costo della vita. La rendita viene attivata nel momento in cui la compagnia ha accertato che l'assicurato ha perso l'autosufficienza, trascorso

l'eventuale periodo di franchigia, cioè il periodo tra la data in cui si verifica l'evento e l'attivazione della rendita, che può essere di alcuni mesi.

Queste polizze, inoltre, spesso prevedono anche il cosiddetto «periodo di carenza», che intercorre tra la sottoscrizione della polizza e l'inizio effettivo delle coperture contemplate dal contratto. Quanto al premio, è legato alla durata e al massimale ma anche all'età d'ingresso in polizza (quindi prima si sottoscrive il contratto meno si paga). Si ricorda infine che per le polizze stipulate dopo il 2000, il premio è detraibile nella misura del 19% fino a 1.291,14 euro, mentre le rendite percepite in caso di perdita dell'autosufficienza sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

A PREMIO UNICO

Con le soluzioni a "premio unico" si versa un importo una tantum e si è coperti per tutta la vita. Il premio dipende da età, indennità, massimale e durata della prestazione. Alcuni prodotti garantiscono per un periodo di tempo più limitato, considerato che la durata della vita in condizioni di non autosufficienza è comunque limitata

INFORTUNI

Meglio avere un'entrata in caso di stop per incidente

L'assicurazione contro gli infortuni è un genere di polizza sanitaria, che garantisce un indennizzo in caso di morte o di invalidità permanente (ossia perdita definitiva e irreversibile totale o parziale della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo o, se previsto dal contratto, la propria specifica attività lavorativa). Alcune polizze offrono una protezione anche qualora l'assicurato si trovi nell'incapacità fisica (totale o parziale) di svolgere le proprie occupazioni per un periodo limitato. In questo caso (inabilità temporanea) è prevista una diaria per ogni giorno in cui non potrà lavorare, oltre al rimborso delle spese mediche. Nel caso di invalidità permanente, invece, spetterà una somma in base alla percentuale di invalidità accertata (ma possono esserci delle franchigie) calcolata sul massimale. In caso di morte, ai beneficiari indicati nella polizza o agli eredi viene corrisposto il capitale assicurato.

In ogni caso, l'incapacità di svolgere il lavoro deve essere

diretta conseguenza di un infortunio, cioè un evento violento, inatteso ed esterno che provoca lesioni fisiche osservabili e misurabili. Non è coperta invece - dalle polizze infortuni - l'invalidità causata da malattia.

Questi contratti di solito considerano infortuni le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo, le folgorazioni, l'assideramento, l'avvelenamento, l'asfissia per fuga di gas o di vapori, i morsi di animali e le punture di insetto, le lesioni da sforzo, l'annegamento. Ma le clausole contrattuali possono comprendere anche eventi causati da colpa dell'assicurato o dovuti a eventi esterni (tumulti, incidenti aerei, calamità naturali).

Le polizze disponibili sul mercato offrono diverse possibilità: ci si può tutelare solo dai possibili infortuni sul lavoro, oppure solo da quelli che si verificano nella vita privata, oppure da entrambi. Prima di sottoscrivere un contratto di questo genere è bene capire dunque quali sono le proprie esigenze: per esempio, per un lavoratore dipendente può avere senso una polizza che tuteli in caso di invalidità permanente, se svolge mansioni rischiose o se la famiglia è monoreddito; mentre per un lavoratore autonomo, che non percepisce reddito se non lavora, è importante tutelarsi in caso di inabilità temporanea: esistono polizze che

garantiscono una diaria da infortunio che costano anche solo un euro al mese. Certo la diaria sarà ridotta: per una copertura più generosa, massimali più alti (250mila euro ad esempio) e franchigie basse (5% di invalidità) si possono pagare sui 350 euro l'anno.

Ma occorre controllare quali siano le franchigie applicate sulle prestazioni: ad esempio se la franchigia è di sette giorni, per un ricovero di cinque non si ottiene alcun indennizzo. Un altro aspetto da valutare riguarda la lista dei rischi coperti: di solito vengono esclusi gli incidenti che possono verificarsi nella pratica di uno sport pericoloso e violento (pugilato, parapendio) oppure mentre si è alla guida di veicoli particolari (elicotteri, deltaplani).

G. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DENUNCIA

O1 | TRE GIORNI

Entro 3 giorni dall'infortunio o da quando se ne ha la possibilità va inviata denuncia scritta all'assicuratore

O2 | I DATI

La denuncia deve essere dettagliata e corredata da certificato medico. Possono essere richiesti successivi certificati medici

CLAUSOLE

Dal massimale alle esclusioni tutti i punti da verificare

Quando si firma una polizza per tutelarsi dai rischi per la salute (che sia per la malattia, gli infortuni o la non autosufficienza), occorre fare attenzione a una serie di aspetti, senza dimenticare di confrontare i prodotti di più compagnie.

Ad esempio, si leggano bene quali sono le garanzie previste per scegliere quelle che più ci servono: più sono ampie più salirà il premio. Ma anche il massimale (la somma massima rimborsabile in un'annualità

assicurativa) influisce sul costo della polizza. Si verifichino le spese rimborsabili (alcune sono a carico del sottoscrittore a meno di non pagare un extrapremio). Se si tratta di una polizza malattia si ricordi che possono esserci strutture private con le quali la compagnia ha stipulato convenzioni e che consentono di accedere all'assistenza diretta (è così in genere per le polizze sanitarie collettive, stipulate da casse o aziende). Altro punto nodale sono la franchigia e lo scoperto, ossia

soglie di importi o di percentuali (d'invalidità o di valore del sinistro) fino alle quali la compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione. Da considerare bene, poi, tutte le esclusioni: ad esempio in genere sono esclusi le cure

dentarie e le cure estetiche e gli infortuni conseguenti ad atti dolosi o ad abuso di alcol, psicofarmaci, stupefacenti. In ogni caso limitazioni ed esclusioni, così come le condizioni che regolano durata

della garanzia, carenza e facoltà di recesso, devono essere specificamente indicate nella Nota informativa da leggere prima di firmare.

G. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Uno scudo da utilizzare per ricoveri e spese mediche

Le polizze malattia sono contratti con cui si assicura contro il rischio di malattia. Esistono diverse declinazioni di questi prodotti, che quindi risultano classificabili secondo le garanzie offerte. Normalmente sono: rimborso delle spese mediche (medicinali, onorari dei medici, esami) e degli esborsi per ricoveri e interventi chirurgici in relazione a malattia, indennità giornaliera per ricovero, indennità da invalidità permanente da malattia. I costi sono variabili e dipendono dalle prestazioni e dai massimali scelti, ma anche dall'età del contraente.

Prima della sottoscrizione, le compagnie richiedono di compilare un certificato anamnestico per valutare lo stato

di salute dell'assicurato e quindi il rischio che vanno ad assumersi. È bene essere sinceri su interventi e malattie pregresse: in caso di informazioni incomplete si può perdere (integralmente o parzialmente) il diritto all'indennizzo.

Le assicurazioni di indennità giornaliera sono in generale le meno costose: alcune compagnie online prevedono un premio mensile anche inferiore ai 10 euro. Quelle per il rimborso delle spese mediche sono più onerose, con

premio che parte dai 600/700 euro annui per il singolo e sale se la copertura si estende alla famiglia (1.000 euro circa per una coppia con due bambini piccoli).

Le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche di solito coprono le spese sostenute per ricoveri e interventi causati da malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico. Gli interventi sostenuti per ragioni diverse da malattia o infortunio di solito non sono coperti da tutela, quindi è bene controllare la lista delle esclusioni.

Le assicurazioni per invalidità

permanente da malattia tutelano invece la perdita o la diminuzione definitiva della capacità lavorativa a causa d'invalidità permanente (non causata da infortunio, ma solo da malattia). Per ottenere l'indennizzo la malattia deve manifestarsi dopo la sottoscrizione del contratto e durante il suo periodo di validità.

L'assicurazione di indennità giornaliera per ricovero prevede la corresponsione all'assicurato di un importo per ogni giorno di ricovero, per integrare il mancato reddito legato al periodo di degenza (cumulabile con le indennità pagate da Inps e Inail per l'invalidità temporanea).

Le assicurazioni contro le malattie gravi (le Dread disease o Critical illness) tutelano in caso di patologie più serie, espressamente elencate nella polizza (quali infarto, tumore, cecità, ictus) con il pagamento di un capitale prefissato. Spesso la garanzia è abbinata a un'assicurazione sulla vita.

G. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SUL MERCATO

Le principali coperture del rischio malattia

Le tipologie	Le prestazioni
Assicurazioni per la copertura delle spese mediche	Rimborso delle spese mediche e per ricoveri e interventi a seguito di malattia o infortunio
Assicurazioni per invalidità permanente da malattia	Indennizzo in funzione della percentuale di invalidità accertata calcolata sul capitale assicurato
Assicurazioni d'indennità giornaliera per ricovero	Corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero
Polizze Dread disease o Critical illness	Pagamento di un capitale prefissato in caso di malattia grave