



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



LE GUIDE
ASSICURATIVE
IN PAROLE
SEMPLICI
DI IVASS

VOLUME **4**



Le assicurazioni
infortuni
e malattia

Indice

1	Come funzionano le assicurazioni infortuni e malattia	pag. 4
2	Prima di firmare...	pag. 8
3	Il contratto , esaminiamolo insieme	pag. 12
4	In caso di infortunio	pag. 18
5	In caso di malattia	pag. 22
6	A chi rivolgersi in caso di bisogno	pag. 28
	Le assicurazioni dalla A alla Z	pag. 30
	Memo	pag. 34

Progettazione e cura editoriale: **Withub S.p.A.**
Coordinamento e revisione testi: **IVASS**
Stampa a cura della Divisione Editoria e stampa della Banca d'Italia
© IVASS, 2022
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Italia
Telefono +39 06 421331
Prima edizione: ottobre 2022
Tutti i diritti riservati.

La collana de "Le Guide assicurative in parole semplici" dell'IVASS rientra tra le pubblicazioni di educazione assicurativa curate dall'Istituto. La collana è gratuita ed è disponibile online. È consentita la riproduzione a fini didattici e non commerciali, a condizione che venga citata la fonte.

Per eventuali aggiornamenti consultare il sito web dell'IVASS: **www.ivass.it**

Come funzionano le assicurazioni **infortuni e malattia**

Piccoli o grandi imprevisti possono cambiare, inaspettatamente, la direzione della tua vita.

Per quanto tu possa cercare di fare piani e di programmare ogni evento, potrebbe capitare un imprevisto che sfugge al tuo controllo.

Assicurarti serve proprio a ridurre le conseguenze del danno provocato da questi imprevisti. Ad esempio se ti ammali, oppure ti fai male: la protezione assicurativa riduce l'impatto negativo che questi eventi possono avere sulla tua vita.

Malattie e lesioni fisiche oltre a incidere sulla salute, causano perdite di tempo e di soldi, le cure costano e - nel caso tu fossi un lavoratore autonomo - sai bene che, se non puoi lavorare, non puoi nemmeno guadagnare. Una polizza consente di coprire le spese mediche e ottenere importanti servizi di assistenza.

Infortuni e malattia

Facciamo un po' di chiarezza sui termini di cui parliamo.

Qual è la differenza tra infortunio e malattia?

Nella vita di tutti i giorni, **l'infortunio** è un incidente che avviene per caso e causa un danno fisico. In ambito assicurativo viene definito con maggiore precisione come **“un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che procura all'assicurato lesioni fisiche obiettivamente accertabili”**.

Per esempio, se stai dipingendo le pareti della tua casa, cadi dalla scala e ti rompi una gamba, questo è un infortunio.

La **malattia**, invece, ha origine all'interno del corpo umano: ti puoi ammalare per motivi diversi, ma tutto parte dentro di te. Le imprese di assicurazione con il termine malattia indicano **“uno stato che altera la salute dell'assicurato e che non dipende da un infortunio”**.



infortunio e malattia

Scopri le differenze!

Attenzione a non **confonderti**



Puoi scegliere di assicurarti solo contro gli infortuni o solo contro la malattia oppure di assicurarti contro entrambi, in base alle **tue esigenze**. Si tratta infatti di **prodotti tra loro diversi**. Sebbene assicurino rischi differenti, queste polizze presentano però moltissimi punti in comune (trattandosi di **polizze contro i danni alla persona**).

Un aiuto concreto

Le polizze infortuni e malattia forniscono un aiuto pratico e concreto **su cui puoi contare in caso di bisogno**.

A seconda del tipo di contratto, le prestazioni fornite sono varie e molteplici.

Per esempio, la polizza può prevedere diarie per inabilità temporanee o per i giorni di ricovero, oppure il rimborso delle spese mediche e ospedaliere. La copertura può comprendere anche il periodo di convalescenza e includere cure termali e assistenza presso strutture di riabilitazione, oltre che riconoscere una indennità per invalidità permanente accertata.

Questi sono solo degli esempi: i possibili “schemi” contrattuali sono moltissimi. È quindi sempre indispensabile capire quali siano le tue esigenze, **esaminare con attenzione** il set informativo della polizza che ci interessa, confrontare più prodotti di diverse imprese e, se non ti senti ancora sicuro, chiedere consulenza.



set informativo

esamina sempre con attenzione
il set informativo
della polizza



Per te e per la tua famiglia

Puoi contrastare i rischi economici legati alla malattia o agli infortuni assicurando te stesso e anche i tuoi familiari con **polizze individuali**. Quando hai scelto la polizza che ti convince di più e che ritieni più adatta alla tua situazione la palla passa all'impresa di assicurazione che, prima della conclusione del contratto, raccoglie tutte **le informazioni indispensabili per valutare il rischio** e, di conseguenza, stabilire il premio. Per questo, rispondi in modo veritiero e completo alle domande relative alla tua salute, comprese quelle sulle tue malattie precedenti e gli infortuni che hai avuto (che potrebbero essere esclusi dalla copertura o subire limitazioni).



Proteggi chi lavora con te

Se vuoi **assicurare contro i rischi di infortuni e malattia le persone che lavorano con te** puoi stipulare una **polizza collettiva** in qualità di contraente (come abbiamo visto nella [Guida 1](#) il contraente è chi sottoscrive la polizza e può farlo a vantaggio di uno o più assicurati).



Queste polizze collettive fanno parte dei servizi che vanno sotto il nome di “**welfare aziendale**”, cioè quell'insieme di iniziative che il datore di lavoro attiva a favore delle persone che lavorano per lui per garantire serenità. I dipendenti e i collaboratori hanno così la possibilità di usufruire di una copertura assicurativa a un prezzo inferiore rispetto a quanto pagherebbero con una polizza individuale.

Le associazioni professionali

Anche le diverse associazioni professionali possono stipulare, in qualità di contraenti, polizze infortuni e malattia a favore dei propri iscritti, a cui gli stessi potranno aderire per tutelare se stessi (in genere esiste già una “copertura base” per l'iscritto compresa nell'adesione all'associazione, ma che può essere ampliata a pagamento) e per estendere le coperture al proprio nucleo familiare (cd. **polizze ad adesione**).

Dal momento che le condizioni di una polizza collettiva non sono “ritagliate” sulle esigenze individuali, di solito non è prevista la compilazione di un questionario (ne deriva che anche le patologie pregresse potrebbero essere comprese in garanzia), perché **il rischio è valutato statisticamente su una collettività di individui**, e di conseguenza non è sulle condizioni di salute del singolo assicurato che si concentra l'impresa.



Prima di
firmare...

2

L'importanza del questionario

Il primo, fondamentale, passo per ottenere una copertura davvero adatta alle tue necessità è quello di essere sincero e di **rendere dichiarazioni complete e veritiere** all'impresa di assicurazione o all'intermediario. Come hai visto, l'assicuratore può chiederti di compilare un **questionario** per avere informazioni precise sul tuo stato di salute e sul tuo stile di vita. L'obiettivo, per l'assicuratore, è quello di comprendere i rischi a cui sei realmente esposto. Le domande puntano a conoscere la tua età, se hai malattie pregresse di cui sei a conoscenza, se ti sei sottoposto a interventi chirurgici, se assumi farmaci, fumi, pratichi sport o altra attività fisica, ecc.

Non è una semplice formalità. Essendo la **base principale per "costruire" la tua polizza** e la tua protezione futura, devi compilare il questionario senza tralasciare alcun dettaglio sulle tue condizioni attuali e precedenti. È anche un'occasione per **riflettere sul tuo stato di salute** e ripensare a tutte le volte in cui hai dovuto fare ricorso all'assistenza medica e ospedaliera. Compilare il questionario con cura è anche nel tuo interesse perché in caso di informazioni inesatte o incomplete l'impresa di assicurazione può rifiutare il pagamento dell'indennizzo, oppure ridurre il suo ammontare.



verità

Tutta la verità,
nient'altro
che la verità!



Un aiuto dalla tecnologia



In Italia e nel resto del mondo si stanno diffondendo polizze che comprendono l'utilizzo di strumenti digitali, come braccialetti elettronici, in grado di ricavare informazioni precise sullo stato di salute dei clienti.

Negli Stati Uniti, per esempio, gli *"activity tracker"* che monitorano attività fisica, dieta e sonno, sono app da scaricare sugli smartphone e si rivelano molto utili per profilare il comportamento e lo stile di vita delle persone. Allo stesso tempo, il loro utilizzo è un modo per **promuovere la prevenzione** e **incentivare gli assicurati ad adottare comportamenti salutari**.

Quando la copertura non c'è

Nella polizza, sia infortuni che malattia, trovi indicate anche circostanze, elementi e categorie di persone che non sono coperti dall'assicurazione. Tieni presente, in generale, che sono **escluse dalla copertura** tutte le situazioni di patologia **che precedono la stipulazione del contratto** per le quali hai dovuto effettuare diagnosi, esami e cure, così pure le conseguenze di infortuni avvenuti in precedenza di cui non hai fatto menzione al momento della stipula del contratto. Per contro, le malattie sopraggiunte prima di stipulare la polizza, ma a te sconosciute perché non emerse da diagnosi, esami e cure, in genere sono coperte, **previa verifica dell'assicuratore** (cfr. più avanti "Periodo di carenza contrattuale").



verifica sempre le
esclusioni
di polizza, per capire
se è un prodotto adatto a te

Esclusioni specifiche

La polizza malattia può prevedere ulteriori esclusioni di copertura. Tra queste ci sono, per esempio, le prestazioni mediche con finalità soltanto estetiche, le cure dentarie (le quali possono anche rientrare in copertura, ma essere soggette a massimali specifici), le conseguenze di comportamenti contrari alla legge (sempre escluse). Tieni anche conto del fatto che in genere le spese mediche sono rimborsate **soltanto se esiste una diagnosi che le giustifica**. Nelle diverse tipologie di polizza, possono essere comunque previsti check-up periodici gratuiti, indipendenti da patologie esistenti o presunte.

Attività e sport pericolosi

Il tuo contratto assicurativo contro gli infortuni potrebbe **escludere dalla copertura i danni che derivano da sport o attività particolarmente pericolose**, come i voli in deltaplano, oppure il paracadutismo, ma anche la partecipazione a interventi militari o atti di sabotaggio e rivolta. Alcuni sport, come le immersioni con bombole, potrebbero essere coperti con un aumento del premio. Ancora, potrebbero non essere oggetto di garanzia gli **incidenti provocati da alcuni fenomeni naturali, come i terremoti**.



Lo sapevi?

Le imprese non possono negare la copertura assicurativa di una polizza malattia alle persone con disabilità, anche mentale, per il solo fatto del loro handicap. Resta però ferma la possibilità di prevedere altri casi di esclusione come ad esempio per le spese odontoiatriche.

Non tutti possono essere assicurati

Esistono poi determinate **categorie di persone**, ad esempio quelle con problemi di tossicodipendenza o di alcolismo, che, essendo esposte ad un alto rischio, a causa del loro comportamento non sono assicurabili con una polizza infortuni o malattia e se in precedenza assicurate, perdono i requisiti per mantenere la copertura assicurativa.

Infine, le polizze infortuni o malattia di regola prevedono dei **limiti massimi di età**. Può accadere che non assicurino una persona che abbia già compiuto una certa età, per esempio 80 anni.



Il **contratto**,
esaminiamolo
insieme

3

Nella Guida 1 abbiamo
incontrato 3 parole importanti
da considerare quando
si stipula una polizza
assicurativa:

Cerca di individuare questi termini
anche nei contratti che coprono
malattie e infortuni, perché
**rappresentano i limiti
del risarcimento che puoi ottenere
dall'impresa di assicurazione.**

Massimale



Il **massimale** è la somma massima che l'impresa di assicurazione risarcisce in caso di sinistri. All'interno della stessa polizza il massimale annuo può coprire un assicurato oppure gli assicurati che formano un nucleo familiare. Alcune polizze hanno un massimale senza limiti: in questo caso il premio è molto più elevato. Altre, insieme al massimale, prevedono anche **limiti di indennizzo** aggiuntivi. Per esempio, nell'ambito della garanzia rimborso di spese mediche i limiti di indennizzo possono riguardare le **spese accessorie al ricovero**, come il costo del vitto o il trasporto presso una struttura ospedaliera.

Franchigia



La **franchigia** è un importo fisso che è a carico dell'assicurato.

La franchigia può essere **assoluta**, e in questo caso il suo importo è sempre detratto dalla somma del risarcimento. Oppure può essere **relativa** e rappresentare la soglia fino alla quale l'impresa non è tenuta ad alcuna prestazione, mentre superata la soglia della franchigia l'indennizzo viene corrisposto integralmente e senza detrazioni.

Puoi decidere la franchigia che desideri applicare alla tua polizza. Ad esempio, se nel contratto è prevista una franchigia assoluta di 250 euro, tale importo rimane a tuo carico a prescindere dall'ammontare del danno subito e l'assicuratore indennizzerà soltanto l'eventuale eccedenza (dunque, a fronte di un danno di 400 euro, l'indennizzo sarà di 150 euro).

Se la franchigia di 250 euro è invece relativa, i danni di importo inferiore rimangono integralmente a tuo carico, mentre l'assicuratore indennizza integralmente soltanto i danni di importo superiore (dunque, a fronte di un danno di 400 euro, l'indennizzo sarà di 400 euro).

Scoperto



Lo **scoperto** è la percentuale di importo complessivo del sinistro che resta a carico dell'assicurato ma, a differenza della franchigia, è espresso in valore percentuale. Chiaramente incide poco sulle piccole prestazioni mentre **può gravare notevolmente su quelle di importo elevato**.

Qualche **esempio** può chiarirti le idee:

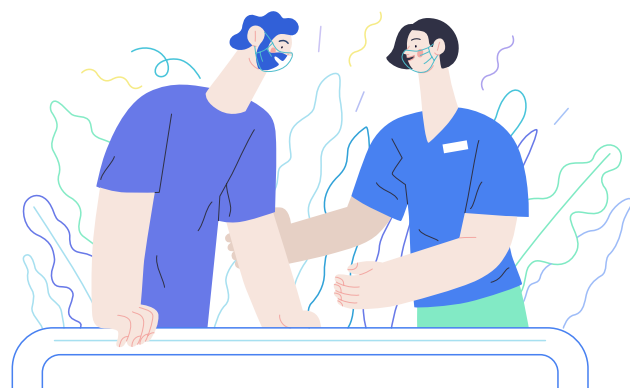


Devi fare una risonanza magnetica perché hai dolori ad un ginocchio, nella tua polizza è previsto uno scoperto del 25%. Se la risonanza costa 400 euro, **te ne verranno rimborsati 300.**

Hai stipulato una polizza rimborso spese mediche da malattia e dovrai sostenere un intervento che ti costerà 15.000 euro. Se in polizza è prevista una franchigia assoluta di 1.000 euro, **ti verranno rimborsati 14.000 euro.**



Hai stipulato una polizza che prevede, fra le altre cose, il rimborso dei costi per le sedute di fisioterapia con un **massimale di 1.000 euro**. Se ti rompi una caviglia giocando a calcetto con gli amici e il tuo ortopedico ti prescrive una ciclo di fisioterapia dal costo complessivo di 1.200 euro, l'impresa di assicurazione ti indennizzerà **nei limiti del massimale pattuito**, rimborsandoti 1.000 euro, e l'ulteriore spesa di 200 euro rimarrà a tuo carico.



Rimborso e assistenza diretta

Nelle assicurazioni a copertura delle spese mediche conseguenti a infortunio o malattia, il contratto di solito prevede che l'impresa **rimborso, nei limiti pattuiti**, le spese documentate sostenute dall'assicurato (che prima paga e poi viene indennizzato).

La polizza può anche prevedere forme di **assistenza diretta** presso strutture o medici convenzionati: se ti rivolgerai a loro, previa autorizzazione dell'impresa, i costi saranno direttamente sostenuti da quest'ultima. Sui siti internet e tra le condizioni contrattuali delle imprese trovi **l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati**.

Da quando sei assicurato?

E per quanto tempo?

A partire dalla data di validità del contratto, le **polizze malattia** in genere includono un periodo iniziale di "sospensione" durante il quale un eventuale sinistro non è in garanzia: si chiama "**periodo di carenza**". Attenzione, quindi! Controlla se la tua polizza lo prevede perché se ti succede qualcosa in questo lasso di tempo non hai diritto a ricevere un risarcimento. Le coperture infortuni invece hanno decorrenza **dalle ore 24 del giorno della stipula o del pagamento del contratto**.

Perché l'assicurazione malattia prevede un **periodo di carenza**?



L'obiettivo è quello di **evitare che gli assicurati decidano di stipulare un contratto già sapendo che in un futuro prossimo avranno bisogno di ricorrere a cure mediche** (per malattie di cui sono a conoscenza) o avendo già contratto una malattia che non si è ancora manifestata. È un periodo di tempo che può variare dai 30 ai 180 giorni.

Le spese mediche coperte dall'assicurazione sono quindi quelle sostenute dall'assicurato successivamente a questo arco temporale.



La durata della polizza

Una polizza infortuni o malattia può durare uno o più anni. La polizza poliennale può risultare più conveniente economicamente perché puoi usufruire di una riduzione del premio rispetto a quanto previsto dal contratto annuale. Questo sconto deve essere chiaramente indicato sul contratto. Se usufruisci della **riduzione di premio**, però, perdi la possibilità di recedere dalla polizza annualmente, e resti assicurato per tutto il periodo indicato. Solo se la polizza dura più di cinque anni, puoi sempre recedere alla scadenza del quinto anno, dandone disdetta con il dovuto **preavviso** (generalmente 60 giorni o il più breve termine previsto dal contratto). In tutti i casi, presta particolare attenzione alle **modalità di rinnovo della polizza**: il contratto può prevedere una “**proroga tacita**” e rinnovarsi automaticamente. Puoi approfondire questi aspetti sul rinnovo del contratto assicurativo consultando la [Guida 1](#).



Attenzione alle condizioni contrattuali

Leggi bene le condizioni contrattuali della tua polizza: devono precisare se alla scadenza concordata il contratto è soggetto a **proroga tacita** in mancanza di disdetta esercitata dall'assicurato o dall'impresa entro un certo termine, oppure se si risolve automaticamente. Nelle condizioni della polizza, inoltre, deve essere riportato il **termine di preavviso** entro il quale puoi formulare la disdetta.



Ricordati, inoltre, che se non rispetti le scadenze di pagamento dei premi successivi al **primo la legge prevede la sospensione della copertura a partire dal quindicesimo giorno successivo alla scadenza**. La riattivazione, in questo caso, parte dalle ore 24.00 del giorno in cui hai ripreso a pagare il premio.



Che cosa fare se sei ammalato o ti sei fatto male?

Ti sei fatto male oppure ti sei ammalato, ma, per fortuna, hai stipulato una polizza che copre i costi a cui andrai incontro. Come prima cosa, leggi il fascicolo informativo ([Guida 1](#)) che l'assicuratore ti ha consegnato quando hai firmato il contratto. Qui trovi elencate tutte **le garanzie e i casi particolari che escludono la copertura** e così hai modo di verificare se il tuo infortunio o la tua patologia rientrano nella polizza. Il secondo passo consiste nel **far sapere all'impresa presso cui hai stipulato la polizza (o all'intermediario, agenzia, broker, banca)** che sei malato oppure che hai subito un infortunio. Devi farlo nel più breve tempo possibile: fai attenzione ai termini massimi di denuncia previsti dal tuo contratto, perché non rispettarli potrebbe farti perdere il diritto all'indennizzo!



La documentazione

Per diverse imprese di assicurazione e intermediari la comunicazione può essere fatta anche via internet, per e-mail o per telefono. In certi casi puoi utilizzare una lettera raccomandata A/R. Inoltre, è importante che tu descriva l'accaduto in ogni suo dettaglio. L'assicuratore poi ti dirà **quale documentazione inviare** e come procedere. In genere viene richiesto l'invio della documentazione medica che attesta l'invalidità o l'inabilità, il ricovero e, nei casi più gravi, il decesso.

In caso di **infortunio**

4

La categoria degli infortuni è molto ampia e include tutti gli eventi esterni non prevedibili e neppure controllabili che causano lesioni fisiche.

Con un'assicurazione di questo tipo **ti puoi tutelare dalle perdite economiche che derivano dall'infortunio**, proteggendo al tempo stesso anche la tua famiglia.

Ipotizziamo che tu sia un libero professionista. Gestisci il tuo lavoro e il tuo tempo libero assecondando i tuoi ritmi. Ogni tanto ti ritrovi con gli amici per fare una partita a calcetto e, sfortunatamente, durante uno di questi incontri cadi e ti rompi il legamento di una gamba. Disastro! Dovrai restare immobilizzato per un lungo periodo, non potrai lavorare né guadagnare. E in più dovrai pagarti le cure mediche.

Se hai sottoscritto una polizza che ti protegge dagli infortuni avvenuti sia in ambito professionale che privato puoi dormire sonni più tranquilli, grazie alla copertura da **invalidità temporanea o permanente**.



invalidità

è la perdita della capacità dell'assicurato di svolgere la propria specifica attività lavorativa



Percentuale di invalidità



Dopo un infortunio il medico legale può riconoscere una percentuale di invalidità. In questo caso, l'impresa di assicurazione eroga un indennizzo che viene calcolato in base a detta percentuale. In questo modo, l'ammontare dell'indennizzo aumenta all'aumentare della gravità dell'infortunio, sempre ovviamente nel limite del massimale.

Un indennizzo o una diaria per fronteggiare le spese

La tua polizza ti proteggerà con il versamento di un indennizzo parametrato alla percentuale di invalidità (permanente o temporanea) o coprendo, per esempio, la tua impossibilità a lavorare per un certo periodo di tempo per via del danno che hai subito a seguito di infortunio. In questo caso, la diaria sarà parametrata sui giorni di lavoro persi.

Può essere anche prevista una diaria per ogni giorno di ricovero o convalescenza post ricovero, nel caso in cui a causa di un infortunio tu dovessi subire un'operazione, oppure limitata alla sola immobilizzazione (gesso e tutori equiparati).

Se invece il tuo incidente è molto più grave, al punto da portare al decesso, una delle importanti funzioni dell'assicurazione infortuni è quella di riconoscere ai tuoi familiari o al beneficiario indicato sulla polizza il capitale che hai voluto assicurare. Rispetto alla polizza vita, questa tutela è limitata alla morte come conseguenza dell'infortunio e non per malattia.



Può sembrare difficile orientarsi, ma ricorda che avrai sempre a disposizione il set informativo di base e le condizioni generali di contratto che ti aiuteranno a fare una scelta consapevole.

“Prendi le misure”

Valuta il tuo stile di vita per scegliere il prodotto più adeguato alle tue esigenze.

Una polizza infortuni può essere creata in base al tuo stile di vita e coprire diversi ambiti, da quelli professionali al tempo libero, oppure le 24 ore. Per scegliere quella che meglio si adatta ai tuoi ritmi **prova a pensare alle tue attività** di ogni giorno.

Se **pratici regolarmente uno sport** e lavori prevalentemente in ufficio, avendo già una assicurazione infortuni professionale puoi aggiungere un'assicurazione sul tempo libero che copra anche gli infortuni sportivi. Tieni presente che, purtroppo, gli incidenti possono capitare anche in casa: puoi dunque inserire nella copertura anche gli **infortuni domestici**.

Attenzione: alcune attività particolarmente rischiose, come ad esempio alpinismo, gare motociclistiche o immersioni con bombole potrebbero essere escluse o necessitare di una copertura assicurativa specifica. Informati con la tua impresa di assicurazione!



Alcune attività rischiose potrebbero necessitare di una
copertura specifica



Lo sapevi?

Se hai bisogno di una copertura assicurativa breve, per esempio soltanto per un weekend al mare o in montagna, puoi stipulare una **polizza istantanea** con modalità di sottoscrizione “agile” online.

In caso
di **malattia**

5

Sei previdente e hai deciso
di assicurarti contro
i rischi che una malattia
potrebbe comportare.

Come per gli infortuni, hai diverse possibilità ma, prima di tutto, ti conviene valutare bene le tue esigenze. In questo modo riuscirai a individuare la polizza che fa per te. È sempre meglio confrontare diversi prodotti offerti da più imprese di assicurazione.



Gli elementi da **valutare**

Tieni conto non solo del **premio che devi pagare**, ma anche delle **coperture garantite, di quelle escluse e degli importi massimi stabiliti per gli indennizzi**.

In generale, il premio varia a seconda delle garanzie offerte. Cerca di scegliere le garanzie che fanno al tuo caso.

Per esempio, se vuoi avere il rimborso delle spese mediche in caso di ricovero o di un intervento chirurgico, fai attenzione a quelle che restano a tuo carico oppure che saranno rimborsate solo con la stipula di opzioni aggiuntive e il conseguente pagamento di un'integrazione di premio.



confronta

sempre diversi
prodotti e trova
il più adatto a te

Per comparare più facilmente i vari prodotti confronta i relativi **DIP-Documenti informativi precontrattuali** dove trovi una sintesi degli elementi più importanti.



[Guida N.1](#)

Ad ogni invalidità la sua indennità



Invalidità permanente da malattia

Alcune assicurazioni coprono la **diminuzione o la perdita della capacità lavorativa** che deriva da un'invalidità a seguito di una malattia. In pratica, se ti ammali gravemente al punto da non tornare più nella forma fisica precedente (e questo ti impedisce di continuare a lavorare come prima) ricevi un indennizzo.



Indennità giornaliera per ricovero

Se hai sottoscritto un'assicurazione che fornisce un'indennità giornaliera per ricovero, nel caso tu venga ricoverato per malattia o infortunio **ricevi un importo predeterminato** per ogni giorno di degenza. Questa indennità serve anche a integrare il mancato reddito che deriva dalla impossibilità di svolgere la tua attività e può essere estesa anche alla convalescenza post ricovero.



Long Term Care

La Long Term Care (LTC) **tutela dall'impossibilità di essere autosufficiente** (muoversi, lavarsi o mangiare) e di fare tutte le cose di ogni giorno in modo indipendente, riconoscendo una rendita vitalizia stabilita contrattualmente, con cui l'assicurato potrà decidere liberamente se pagare una badante, una struttura di assistenza o aiutare la famiglia che si fa carico della situazione. È una condizione che non è necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a **senescenza**, all'avanzare degli anni. Di norma, questi tipi di contratti non possono essere sottoscritti se si superano determinati limiti di età. In più, non coprono situazioni patologiche già esistenti o diagnosticate prima della richiesta di sottoscrizione. Allora, per prepararti ad affrontare la vecchiaia tua e dei tuoi cari con serenità, cerca di agire per tempo! Vai a fondo e verifica le principali limitazioni ed esclusioni.



Malattie gravi

Purtroppo può anche capitare di ammalarsi gravemente. È una possibilità a cui si tende a non pensare, ma è da considerare e contro la quale puoi premunirti. Le assicurazioni contro le malattie più serie (in inglese "*Dread disease*" o "*Critical Illness*") pagano un capitale prefissato quando insorgono questi tipi di patologie. La copertura avviene solo per le malattie gravi previste nella polizza (per esempio, infarto, ictus, cancro). È una garanzia che spesso viene data in abbinamento a un'assicurazione sulla vita che prevede la copertura in caso di morte.



Lo sapevi?

L'impresa di assicurazione non **può sciogliere** unilateralmente il contratto di Long Term Care.



Prevenire è meglio che curare!

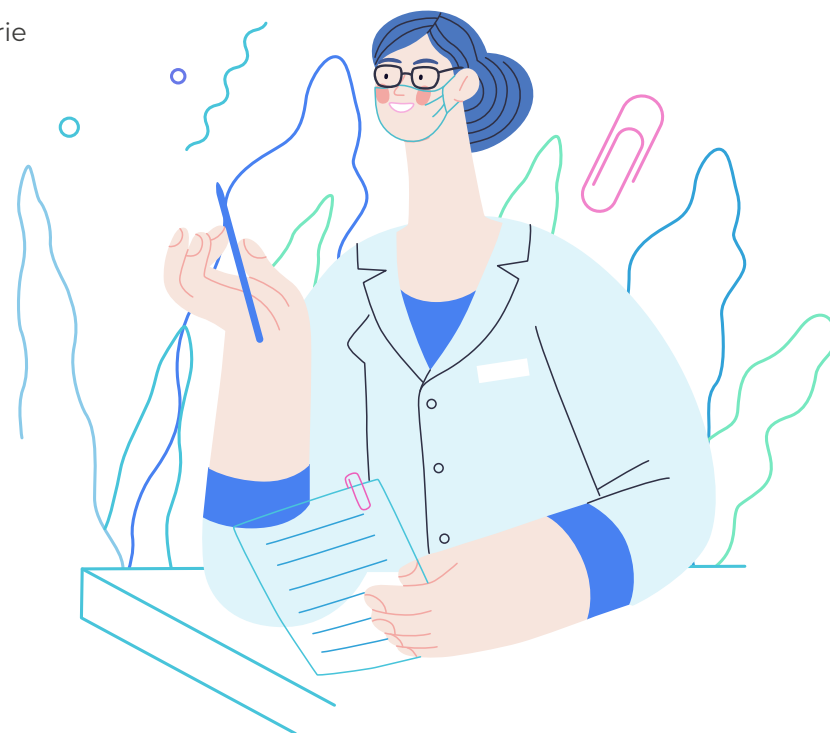
Le nuove tecnologie fanno parte della vita di tutti i giorni. Smartphone, tablet, computer, social network sono diventati elementi imprescindibili per restare in contatto con gli altri, per informarsi, per scaricare app con molteplici funzionalità. Anche il mondo delle assicurazioni sta al passo con i tempi, al punto che ormai si parla di **"Digital health insurance"**, cioè "Assicurazione della salute digitale".

In Italia e nel mondo si stanno diffondendo polizze che, attraverso l'utilizzo di device digitali e strumenti di diagnostica, riescono a ricavare informazioni precise sullo stato di salute dei loro clienti. Così la relazione tra servizi assicurativi e prestazioni sanitarie diventa più semplice. Allo stesso tempo, le imprese di assicurazione incentivano i comportamenti e gli stili di vita salutari con sconti "ad hoc" che premiano i comportamenti più sani.



Digital health insurance

Assicurazione della salute digitale



Questione di privacy



Con il sostegno delle nuove tecnologie all'orizzonte si prefigurano diversi vantaggi sia per i pazienti che per i medici e le strutture sanitarie.

Occorre sempre, però, procedere con cautela. Un'attenzione particolare dovrà essere prestata alla modalità di raccolta e di utilizzo delle informazioni e alla sicurezza dei dati.

Diverse sono le soluzioni e le tecnologie informatiche che possono essere applicate alla salute. I principali settori sono la **telemedicina**, cioè l'insieme di tecniche mediche e informatiche che consentono la cura di un paziente a distanza; il **telecontrollo**, le soluzioni informatiche collegate con apparati per l'assistenza da remoto (usato solitamente per il monitoraggio di anziani o disabili in casa); l'**auto check-up**, gli strumenti che consentono di monitorare la propria salute in modo autonomo senza supporto medico, come per esempio l'orologio intelligente collegato allo smartphone; il **wellness tracking**, strumenti per il monitoraggio delle attività fisiche e di allenamento.

Grazie al supporto delle nuove tecnologie e di device appositi puoi monitorare le attività e valutare i principali parametri del tuo stato di salute, come l'indice di massa corporea, la pressione arteriosa e il colesterolo, l'attività fisica svolta.





A chi rivolgersi in caso di bisogno

6

Hai letto i documenti che ci informano e spiegano la copertura assicurativa e poi hai firmato il contratto. *Bene, sei assicurato!* Può capitare però che, anche dopo la stipula, sorgano dubbi o problemi: magari ci sono questioni che non sono ancora del tutto chiare, oppure circostanze particolari che non sai gestire.

Puoi **richiedere informazioni o presentare reclamo** direttamente **all'impresa interessata o all'intermediario assicurativo**.

Lo sai che sono entrambi tenuti a rispondere alle richieste di informazioni dei clienti e a gestire i reclami? Vi è un Ufficio Reclami apposito, **che trovi indicato anche nel DIP aggiuntivo**, che è tenuto a fornire una risposta entro **45 giorni**. Alle richieste di informazioni deve invece essere data risposta entro 20 giorni. Sul sito dell'IVASS, nella sezione dedicata ai consumatori, è possibile scaricare il [modello di reclamo all'impresa](#).

Assistenza ai consumatori da parte dell'IVASS

Se non ricevi risposta al tuo reclamo entro i 45 giorni oppure non sei soddisfatto della risposta ricevuta, puoi rivolgerti all'**IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)** tramite: una PEC alla casella di posta elettronica certificata [**tutela.consumatore@pec.ivass.it**](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it), un fax al numero **06 42133206** oppure con una lettera spedita con posta ordinaria (Via del Quirinale 21, 00187 Roma). Sul sito dell'IVASS, nella sezione dedicata ai consumatori, è possibile consultare la [Guida sulla presentazione dei reclami](#) e scaricare il [modulo di reclamo all'IVASS](#).

Il Contact center consumatori

Il **Contact Center IVASS** svolge attività di informazione, orientamento e assistenza ai consumatori in materia assicurativa, fornendo informazioni sui loro diritti, sulla normativa da applicare, sulla regolarità dell'esercizio dell'attività assicurativa da parte di imprese e intermediari.



Numero verde:
800 486661
è attivo dal lunedì al venerdì
dalle 8:30 alle 14:30

Le ore di punta delle telefonate vanno
dalle 9:30 alle 11:30; chiamando prima o dopo,
si possono limitare i tempi di attesa.
Per chiamate dall'estero +39 06 40414679.

Le assicurazioni **dalla A alla Z**

Assicurato	La persona coperta dalla polizza perché esposta al rischio
Assistenza diretta	Forma di prestazione assicurativa in cui l'impresa di assicurazione paga alla struttura medica convenzionata il costo delle cure mediche a cui l'assicurato si sottopone
Carenza (periodo di)	Periodo iniziale, eventualmente previsto in polizza, che decorre dalla data di validità del contratto durante il quale l'eventuale sinistro non è coperto dalla garanzia. È detto anche aspettativa
Contraente	Persona fisica o giuridica che sottoscrive la polizza di assicurazione e si assume l'onere di pagare il premio
Disdetta	Atto con il quale una delle parti comunica ufficialmente all'altra la sua volontà di non rinnovare il contratto
Esclusione (clausola di)	Clausola contrattuale che indica le ipotesi al ricorrere delle quali l'assicurato non ha diritto alla prestazione assicurativa
Franchigia	Clausola contrattuale in base alla quale una parte del rischio stabilita in misura fissa resta a carico dell'assicurato
Franchigia assoluta	Parte del rischio che, a prescindere dall'entità del danno, rimane comunque a carico dell'assicurato

Franchigia relativa	Parte del rischio che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla soglia di franchigia
Inabilità temporanea	L'incapacità totale o parziale di svolgere le proprie occupazioni per un periodo di tempo limitato
Indennizzo	Somma dovuta dall'impresa all'assicurato in caso di sinistro
Infortunio	Evento fortuito, violento ed esterno che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili
Invalidità permanente	La perdita definitiva e irrimediabile, parziale o totale, della capacità dell'assicurato di svolgere un lavoro redditizio o la propria specifica attività lavorativa
Istituto di cura	Ospedale, clinica, casa di cura autorizzati alla erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna
Long Term Care	Assicurazione che garantisce un sostegno economico - temporaneo o vitalizio - nel caso di perdita dell'autosufficienza negli atti della vita quotidiana
Malattia	Ogni alterazione fisica obiettivamente constatabile non dipendente da infortunio

Le assicurazioni **dalla A alla Z**

Patologie pregresse	Malattie - permanenti o transitorie - sviluppatesi in un periodo precedente a quello di stipula della polizza
Polizza collettiva	Polizza stipulata da un unico soggetto a favore di una pluralità di assicurati che fruiscono delle stesse garanzie contrattuali
Polizza individuale	Polizza stipulata avendo riguardo ad una singola persona (o, al più, ad un singolo nucleo familiare)
Premio	Somma dovuta dal contraente all'assicuratore
Prescrizione	L'estinzione di un diritto non esercitato dal titolare per un periodo stabilito per legge. Per i diritti che derivano da un contratto di assicurazione contro gli infortuni o contro la malattia il termine di prescrizione è di 2 anni
Questionario sanitario o Anamnestico	Documento, compilato e sottoscritto dall'assicurato (o dal rappresentante legale) in cui viene descritto lo stato di salute dell'assicurato. Il questionario serve all'impresa per valutare il rischio che assume e calcolare il premio. Nel caso in cui l'assicurato (o chi ne fa le veci) renda dichiarazioni inesatte o reticenti può aversi la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione

Questionario demands and needs	Documento utilizzato in fase pre-contrattuale per valutare le esigenze di copertura e/o previdenza del contraente o dell'assicurato. Acquisite tali informazioni i distributori sono tenuti a proporre solo contratti coerenti con le esigenze espresse dal contraente o dall'assicurato
Ricovero	Degenza con pernottamento presso un istituto di cura
Scoperto	Clausola contrattuale in base alla quale una percentuale del danno, con eventuale limite minimo espresso in valore assoluto, da dedurre dall'indennizzo, rimane a carico del contraente nei casi previsti dalle condizioni di polizza
Senescenza	Processo di invecchiamento naturale che comporta il decadimento delle funzioni organiche e/o cognitive e l'alterazione degli organi e dei tessuti
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per il quale è prevista la prestazione dell'impresa, a garanzia del rischio assicurato
Tacito rinnovo	Clausola contrattuale che alla scadenza annuale prevede il rinnovo automatico del contratto, in assenza di disdetta
Welfare aziendale	Insieme di iniziative (benefit e prestazioni non monetarie) proposte da alcune aziende per migliorare la qualità lavorativa e di vita del dipendente

MEMO

01.

Puoi stipulare polizze assicurative che ti aiutino a fronteggiare le conseguenze di un **infortunio**, inteso come “evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che procura all'assicurato lesioni fisiche obiettivamente accertabili”, o di una **malattia**, ossia di uno “stato che altera la salute dell'assicurato e che non dipende da un infortunio”

02.

In base alle tue esigenze, **puoi scegliere** una polizza che ti assicuri solo contro gli infortuni o solo contro la malattia oppure contro entrambi. Per capire se il prodotto è adatto alle tue esigenze di protezione leggi bene e confronta il **set informativo** di più prodotti per individuare quello più adatto a te

03.

Attenzione all'**estensione delle garanzie**, alle **clausole di esclusione della copertura**, alle **franchigie**, agli **scoperti** e ai **massimali di polizza**: non focalizzarti esclusivamente sull'ammontare del premio richiesto

04.

Le conseguenze di infortuni avvenuti in precedenza alla stipula del contratto e le situazioni di patologia a te note e non dichiarate prima della sottoscrizione della polizza **sono generalmente escluse dalla copertura**

05.

Prima di firmare il contratto devi **rendere dichiarazioni complete e veritiere** all'impresa di assicurazione o all'intermediario, che possono anche sottoporerti un **questionario** per conoscere il tuo stato di salute ed il tuo stile di vita

06.

Nelle assicurazioni a copertura delle **spese mediche** conseguenti a infortunio o malattia, il contratto può prevedere che l'impresa **rimborsi**, nei limiti pattuiti, le spese documentate sostenute dall'assicurato (che prima paga e poi viene rimborsato)

07.

Le polizze sanitarie spesso prevedono anche forme di **assistenza diretta**, ossia la possibilità di rivolgersi a strutture e a medici convenzionati con l'impresa di assicurazione senza dover anticipare somme

08.

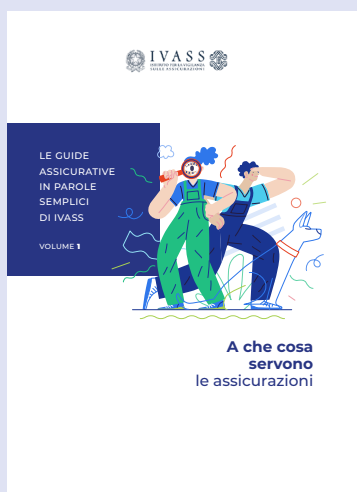
Le polizze contro gli infortuni e le polizze malattia possono durare uno o più anni e, alla scadenza, possono anche prevedere un meccanismo di tacito rinnovo. **Leggi bene le condizioni contrattuali**: devono precisare la durata del contratto, specificando se ne è previsto il **tacito rinnovo** alla scadenza. In questo caso, nelle condizioni della polizza deve essere riportato il termine di preavviso entro il quale puoi dare **disdetta**

09.

Puoi **richiedere informazioni o presentare reclamo** direttamente all'impresa interessata o all'intermediario assicurativo. Se non ricevi risposta al tuo reclamo entro i 45 giorni oppure non sei soddisfatto della risposta ricevuta, puoi rivolgerti all'IVASS



CONSULTA LE NOSTRE GUIDE



**Ministero dello
sviluppo economico**



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Il progetto "Guide assicurative in parole semplici" è finanziato dal Ministero dello Sviluppo Economico – Direzione Generale per il mercato, la concorrenza, la tutela del consumatore e la normativa tecnica con i fondi a vantaggio dei consumatori (art. 148 L. 388/2000) e realizzato dall'IVASS. L'iniziativa rientra nelle attività di educazione assicurativa, in linea con la strategia nazionale del Comitato di Educazione Finanziaria, Assicurativa e Previdenziale.