

Unipol EOS

CONOSCERE L'ASSICURAZIONE



Unipol EOS

CONOSCERE L'ASSICURAZIONE

Bologna, 9 ottobre 2015

Testi:

lamiafinanza
PER DECIDERE COME INVESTIRE

Progetto grafico:

SERRA & ASSOCIATI - MI



CONOSCERE L'ASSICURAZIONE

*L'importanza
dell'educazione
al rischio*

La realtà che ci circonda presenta rischi da assumere e opportunità da cogliere: dalle tecnologie al lavoro, dalla famiglia alla mobilità, tutte le attività quotidiane richiedono una valutazione dell'incertezza, della probabilità che un evento accada e di come trarne benefici o limitare ed evitare i danni che ne possono derivare. Il rischio, nelle sue dimensioni sociali e individuali, include anche l'ambito economico, e una buona educazione finanziaria consente alle persone di migliorare la conoscenza dei prodotti e dei concetti finanziari e di sviluppare le abilità necessarie per perfezionare la propria alfabetizzazione in questo settore.

La crescente importanza della formazione in ambito economico e finanziario è stata recentemente ribadita dall'Ocse e dalla Comunità Europea, ed è un tema esplicitamente citato nella recente riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione (Legge "La Buona Scuola" 13 luglio 2015, n. 107).

L'educazione al rischio in campo economico è utile, tra l'altro, per sviluppare la capacità di comprendere e pianificare strategie di prevenzione e protezione, e per imparare a scegliere prodotti e servizi finanziari con maggiore consapevolezza.

L'impegno di Unipol

È un dovere, per una grande impresa di assicurazioni, aiutare i cittadini di oggi e di domani a dotarsi di strumenti di consapevolezza e conoscenza adeguati per utilizzare al meglio gli strumenti assicurativi e bancari.

Per questa ragione, il Gruppo Unipol ha promosso *Unipol EOS*, il programma di educazione al rischio volto al miglioramento della conoscenza dei concetti e dei prodotti assicurativi/finanziari e allo sviluppo delle abilità necessarie per perfezionare la propria alfabetizzazione in questo settore. L'obiettivo non è solo quello di trasmettere conoscenze e capacità, ma anche permettere la formazione di un giudizio informato al fine di arrivare a:

- prendere *decisioni corrette e consapevoli* nell'ambito dell'economia personale, del risparmio e della previdenza;
- migliorare la conoscenza dei diversi *strumenti assicurativi e finanziari* per ridurre l'esposizione al rischio;
- migliorare l'alfabetizzazione finanziaria e il percepito di fiducia;
- identificare cosa comportano e come vanno gestiti i *diversi strumenti* a disposizione.

Ridurre l'esclusione finanziaria dei singoli cittadini significa incoraggiare a pianificare, risparmiare e scegliere gli strumenti più efficaci per la costruzione del proprio futuro, accrescere il benessere generale del sistema Paese e della società nel suo complesso.

Un viaggio nel mondo delle assicurazioni

Questo "wikilibro" è uno degli strumenti messi in campo dal Gruppo Unipol nell'ambito del suo programma di educazione al rischio. Qui sono raccolti gli articoli apparsi sul web, per proseguire l'esperienza e rafforzare il rapporto con fasce di pubblico nuove e diverse dai nostri clienti tradizionali.

Lungo i suoi capitoli, è possibile percorrere un vero e proprio viaggio nel mondo delle assicurazioni, per imparare a conoscerne la storia, i concetti fondamentali, i prodotti.

L'approccio è quello del "life cycle", il ciclo della vita, un concetto innovativo, ma ormai consolidato nell'ambiente assicurativo. Significa studiare e offrire soluzioni a partire dalle diverse esigenze che ciascuno incontra nel corso della sua vita, accompagnare le persone negli anni, aiutandole a fronteggiare nel miglior modo gli imprevisti e ad affrontare il futuro con serenità e consapevolezza.

A ogni fase della vita corrispondono dunque bisogni assicurativi diversi, così abbiamo scelto di accompagnare i lettori in un percorso esistenziale virtuale, dall'infanzia alla giovinezza, dall'età matura alla vecchiaia.

Sommario



LE ASSICURAZIONI

Dalle antiche navi alle polizze vita: una breve storia	6
Rischi e probabilità: i concetti chiave	8
Leggere le polizze: le parole da sapere	10



DALL'INFANZIA ALL'ETÀ ADULTA

La salute, il bene più prezioso	12
Come funzionano le polizze malattia	14
Rc auto: sicuri alla guida	16
Rc auto: quale contratto	18
Non solo Rc: come proteggere l'auto, e se stessi	20
Rc auto, dalla teoria alla pratica	22

Unipol EOS

CONOSCERE L'ASSICURAZIONE



LA FAMIGLIA, LA CASA E IL LAVORO

Figli, una polizza per il futuro	24
Furto e incendio: proteggere la casa	26
Professionisti, se il cliente chiede i danni	28



NUOVE ESIGENZE PER L'ETÀ MATURA

Risparmiare con le "rivalutabili"	30
Se la polizza sposa i fondi	32
Rc e tutela legale: due polizze per proteggere la famiglia	34
Un capitale per il più grave dei rischi	36



UNA VECCHIAIA SERENA

Un "piano" per la rendita	38
Pensioni integrative, le regole dei fondi	40
Ltc, una polizza per una vecchiaia serena	42



Dalle antiche navi alle polizze vita: *una breve storia*

Condividere il rischio e ridurre i danni economici degli eventi sfavorevoli. Sono i concetti alla base delle assicurazioni. Che nascono da un bisogno innato, la ricerca di sicurezza, e si sono sviluppate nel corso di molti secoli.

Al giorno d'oggi le assicurazioni sono un fatto scontato: se guidiamo un'auto, dobbiamo avere una polizza Rc (responsabilità civile), se ci capita un infortunio, chiediamo alla compagnia il rimborso, e quando iniziamo a pensare a quando smetteremo di lavorare, le assicurazioni vita ci offrono l'opportunità di poter contare su una rendita con cui integrare la pensione... Ma quando sono nate le assicurazioni? Non esiste una data precisa, in realtà, perché questa attività, un po' come l'uso del denaro e degli altri strumenti finanziari, si è sviluppata nel corso dei secoli, di pari passo con il commercio e con il progredire verso un'economia più evoluta.

Un bisogno primario: la sicurezza

Le assicurazioni così come le conosciamo oggi sono la risposta efficiente e moderna a un bisogno primario per gli esseri umani. Il bisogno di sicurezza, di proteggere se stessi e i propri cari dalle avversità (catastrofi naturali, guerre, carestie, malattie...) o dagli inconvenienti grandi e piccoli è nato insieme con noi. I sacrifici alle divinità erano un modo primitivo di proteggersi, di "assicurarsi" la loro benevolenza e quindi una sorte favorevole. Ma anche le forme più elementari di socialità hanno alla base la ricerca di sicurezza: la solidarietà e la volontà di aiutarsi reciprocamente è una delle motivazioni che hanno spinto a creare e a consolidare le prime comunità.

Lo sviluppo delle organizzazioni sociali e produttive da un lato ha creato nuovi bisogni, dall'altro ha portato a perfezionare gli strumenti con cui rispondere al bisogno di sicurezza. Gli uomini hanno iniziato, per esempio, a



rischi imprevedibili

sentire l'esigenza di *proteggere le merci* quando venivano trasportate da un paese all'altro, hanno cercato il modo di tutelare i loro beni, a cominciare dalla casa, e hanno infine imparato che anche *la vita umana* ha un valore economico da assicurare.

I primi contratti

Anche le civiltà più antiche (in India o in Babilonia, per esempio) hanno lasciato tracce di accordi, di "contratti" stipulati, spesso oralmente, per proteggere il beni trasportati dalle navi o dalle carovane.

Una forma più moderna di assicurazione si afferma però solo a partire dal basso Medioevo: nel momento cioè in cui i viaggi via mare (e non solo commerciali, ma anche "militari", con le Crociate) assumono una grande importanza. Sono viaggi lunghi e rischiosi: navi, uomini e merci sono esposti a tempeste, malattie, incursioni dei pirati, danneggiamenti.

La prima forma di assicurazione a svilupparsi è infatti quella *marittima*. I primi esempi di contratti sono stati trovati a Venezia e risalgono al 1200, ma è a partire dal secolo successivo che le polizze di assicurazione si sviluppano e diventano una prassi comune nei commerci via mare. E nel 1369, ancora in Italia, a Genova, viene promulgato il primo codice delle assicurazioni marittime.

Tra il 1600 e il 1700 il cuore dell'attività finanziaria si sposta a Londra, ed è lì che nascono le prime polizze *contro l'incendio* e le prime assicurazioni collettive. Le prime hanno un impulso dopo l'incendio che nel 1666 distrusse gran parte della City: assicurare gli edifici (che erano per lo più in legno) contro il fuoco divenne una prassi diffusa.

La statistica e le assicurazioni sulla vita

L'affermazione delle assicurazioni moderne non sarebbe stata possibile senza lo sviluppo della scienza

della *statistica*, alla quale ha dato un impulso determinante – sempre nella seconda metà del '600 – il matematico francese Blaise Pascal. Grazie alla statistica le assicurazioni hanno potuto contare su una base scientifica *per il calcolo delle probabilità*: l'eventualità che un evento si verifici poté, da allora in poi, essere misurata in modo matematico. Una delle prime compagnie londinesi specializzata nelle assicurazioni contro gli incendi, adottò per esempio l'ipotesi che una casa su 200 bruciasse ogni 15 anni.

Le assicurazioni *collettive*, in cui agisce cioè non un unico assicuratore, ma un gruppo, ci rimandano invece a un nome che è tuttora tra i simboli delle assicurazioni nel mondo: Lloyd's. Edward Lloyd era il gestore di un caffè londinese, dove si riunivano gli assicuratori marittimi, e dove nacque l'uso di assicurare collettivamente i rischi più ingenti. Ancora oggi Lloyd's è il più grande ri-assicuratore del mondo.

Anche le assicurazioni *sulla vita* nacquero, probabilmente, da quelle marittime, poiché anche i capitani erano preziosi, come le navi e il loro carico. Ma perché il "ramo vita" si sviluppasse in una forma moderna si dovette attendere la seconda metà del XVII secolo quando nacquero il calcolo delle probabilità e, soprattutto, la tavola di mortalità, grazie all'astronomo Halley. Alla fine del '600 dunque c'erano le basi per lo sviluppo delle imprese moderne di assicurazioni. Che si svilupparono fino ai giorni nostri.

L'assicurazione oggi

Oggi le assicurazioni toccano anche eventi ben più quotidiani e familiari dei grandi viaggi per mare. Siamo assicurati contro il rischio di infortuni, che possono essere causati anche da piccoli incidenti domestici. I nostri beni sono protetti contro il furto e l'incendio. Siamo coperti da assicurazioni obbligatorie, come quella contro gli infortuni sul lavoro, e tuteliamo noi stessi e gli altri attraverso le assicurazioni di responsabilità civile (come la Rc auto) che offrono un risarcimento economico quando causiamo un danno a terzi.

Ci si può assicurare contro gli eventi più gravi, facendo in modo per esempio che i propri cari abbiano un sostegno economico in caso di decesso. E ci si può garantire una rendita per tutta la vita, sperando che sia più lunga possibile.

Ma alla base di tutti questi contratti, di questi tipi diversi di polizze, c'è sempre lo stesso concetto: *condividere il rischio, e ridurre il danno economico* che può derivare dal suo verificarsi. Proprio come accadeva con le grandi navi del 1700.





Rischi e probabilità: *i concetti chiave*

La vita di ciascuno di noi è esposta a *rischi*. Se ci fermiamo a riflettere, ci rendiamo conto che, nella nostra attività lavorativa come in quella privata e nel tempo libero, il rischio è un ingrediente quotidiano. Esistono rischi connessi con la nostra salute (l'eventualità di una malattia o di un infortunio), rischi legati ai beni che possediamo, che possono essere rubati o danneggiati, e rischi legati alla nostra attività professionale.

Condividere il rischio

Come abbiamo visto, le assicurazioni nascono, diversi secoli fa, proprio con l'obiettivo di *condividere i rischi e minimizzare le conseguenze* degli eventi negativi che possono colpire i singoli, le famiglie, le imprese.

Il concetto alla base è quello della *mutualità*, che consiste nel ripartire i costi dei danni sul numero più elevato possibile di soggetti: ognuno paga una piccola somma, e in cambio non sopporterà da solo le conseguenze economiche di un evento negativo.

Pensiamo a una bicicletta: esiste una certa probabilità che un ladro rubi la mia bicicletta. Ma è altamente improbabile, se non impossibile, che vengano rubate tutte le biciclette del quartiere in cui abito. Come potrebbe funzionare la mutualità? Per esempio, tutti gli abitanti del quartiere che possiedono una bicicletta potrebbero versare una piccola somma, per costituire un fondo che risarcirà lo sfortunato ciclista preso di mira dai ladri, aiutandolo a ricomparsi una bici nuova.

Il "rovescio della medaglia", se vogliamo dire così, è che pagano, e continueranno a pagare, la loro parte, anche coloro che non saranno mai derubati della loro

**Risarcire gli assicurati
nel caso si verifichi
l'evento previsto dalla polizza:
è questo il "mestiere"
delle compagnie.
Che lo svolgono in cambio
del "premio".**

bicicletta. Apparentemente avranno "buttato via" i loro soldi: in realtà quanto versato è servito a "comprare sicurezza", perché per tutti gli anni in cui hanno partecipato al fondo, hanno saputo di poter affrontare l'eventuale furto con maggiore serenità.

Il ruolo dell'*assicuratore* è dunque quello di intervenire nel momento in cui si verifica un determinato evento, e *risarcisce* economicamente l'assicurato del *danno* subito (nelle assicurazioni vita, come vedremo, le cose sono un po' più complicate, ma per ora fermiamoci qui).

Probabilità e costi

L'elenco dei rischi cui siamo esposti potrebbe essere molto lungo, ma dai pochi esempi che abbiamo citato



appare chiaro come siano diversi tra di loro. Alcuni hanno *più probabilità* di altri di verificarsi, e alcuni sono *più gravi* di altri: un serio infortunio, per esempio, è meno probabile del furto di una bicicletta, e ha conseguenze molto più rilevanti.

La *probabilità* che una bici venga rubata è più alta se è nuova fiammante, se la zona dove viene lasciata è poco frequentata, se il lucchetto non è dei più sicuri, e così via...

Questo è uno dei fattori che, nelle assicurazioni, determinano *l'entità del premio*, cioè della somma che occorre versare alla compagnia per assicurarsi: più è elevata la probabilità che un dato evento si verifichi, maggiore sarà il costo da sostenere per assicurarsi, perché maggiori sono le probabilità che la compagnia debba intervenire per risarcirlo.

È per questo, per esempio, che le assicurazioni di Rc auto sono più costose nelle zone d'Italia dove, statisticamente, si verificano più incidenti.

Un altro fattore che determina il costo della polizza è il *valore* dei beni assicurati. Anche questo è abbastanza ovvio: un conto è risarcire il costo di una bicicletta, un altro quello di una Ferrari.

La probabilità che il *sinistro* (l'evento assicurato) si verifichi, e l'entità della somma che l'assicuratore potrà, nel caso, essere chiamato a rimborsare, sono dunque i fattori in base ai quali si determina il premio. Un terzo fattore è, ovviamente, il *guadagno* della compagnia, che deve consentirle di continuare a esistere e a operare, ma non essere eccessivamente gravoso per i suoi clienti che, altrimenti, si rivolgerebbero a un'altra impresa.

Un ruolo sociale

Ma al di là del guadagno delle compagnie, che sono imprese che vivono sul mercato e di profitti, un dato è innegabile, ed è l'importanza *sociale* delle assicurazioni. Le assicurazioni infatti distribuiscono,

tra coloro che sono esposti al rischio, il costo complessivo necessario per farvi fronte: ciascun assicurato, in cambio di un *costo certo*, ottiene una *diminuzione dell'incertezza*, perché sa che potrà affrontare meglio gli avvenimenti negativi che potrebbero colpire persone o beni.

Dal punto di vista sociale, poi, un particolare rilievo hanno le *assicurazioni sulla vita*. Le polizze a carattere previdenziale possono aiutare le persone anziane a vivere una vecchiaia più serena, integrando il loro reddito da pensione, che può rivelarsi insufficiente a garantire un vero benessere. Le assicurazioni per il caso morte possono invece offrire un aiuto economico a famiglie che, magari all'improvviso, si trovano a non poter più contare sul reddito realizzato dal capofamiglia.

Le compagnie di assicurazione poi sono in prima fila nella *prevenzione*, in tutti i settori e a ogni livello, e non soltanto per motivi di responsabilità sociale, ma anche per ragioni molto pratiche. Gli eventi negativi sono per loro un costo, e hanno tutto l'interesse a fare in modo che si verifichino più raramente possibile. Dalla prevenzione hanno tutti da guadagnare: una diminuzione degli incidenti stradali, per esempio, non significa solo meno risarcimenti a carico delle compagnie, ma anche meno danni alle cose, meno infortuni per le persone, un calo della mortalità e ultimo ma non irrilevante, un calo dei premi che gli automobilisti devono pagare per le polizze Rc auto.

È evidente però che un atteggiamento attento alla prevenzione deve essere adottato in prima persona da tutti gli assicurati, uno per uno. Chi si comporta in modo irresponsabile alla guida di un'auto, pensando che in ogni caso, agli eventuali danni, provvederà l'assicurazione, non solo espone se stesso e gli altri a gravi rischi, ma abusa di quella mutualità che è alla base dell'assicurazione. Perché a causa della sua pericolosità, a pagare un premio assicurativo più alto saranno anche gli automobilisti più coscienti e corretti.



condivisione del rischio



Leggere le polizze:

le parole da sapere

**Da “contraente” a “ramo vita”,
i termini che è indispensabile conoscere per capire le assicurazioni.**

Come ogni attività specialistica, anche quella delle assicurazioni ha un suo linguaggio, un gergo fatto di parole chiave che è bene conoscere per comprendere a fondo i contratti: quando firmiamo una polizza, dobbiamo essere sicuri di averla capita fino in fondo, per scegliere quello realmente adatto alle nostre esigenze e per non avere sorprese sgradite.

Vediamo allora quali sono le parole che è indispensabile conoscere per capire le assicurazioni.

I protagonisti

In un contratto di assicurazione i protagonisti sono:

- la compagnia di assicurazioni, o **assicuratore**: l'impresa che, in base al contratto o polizza, si impegna a effettuare una determinata prestazione, nel momento in cui si verifica l'evento assicurato;
- il **contraente**: colui o colei che stipula il contratto e paga il premio all'assicuratore;
- l'**assicurato**, che è il soggetto garantito contro i rischi previsti dal contratto;
- il **beneficiario**, che è colui o colei che riceverà la prestazione economica prevista dal contratto quando, e se, si verificherà l'evento assicurato: l'esempio più tipico è quello delle polizze vita, in cui il beneficiario è chi incasserà una somma di denaro in caso di morte dell'assicurato.

Contraente, assicurato e beneficiario possono coincidere nella stessa persona, o essere soggetti diversi. Per esempio, una polizza vita può essere

stipulata da un contraente sulla vita di un altro soggetto (assicurato) e può prevedere che il beneficiario sia un'altra persona ancora (per esempio il coniuge).

Il rischio

Esiste poi un altro protagonista del contratto: il **rischio**, che è il vero oggetto del contratto. Il rischio consiste nella eventualità (e non, si badi bene, nella certezza), che si verifichi un evento incerto. Se assicuriamo la nostra auto contro il furto, è perché esiste il rischio, l'eventualità che venga rubata, ma non potremmo assicurarci se fossimo sicuri che il furto avverrà.

La **garanzia** è la copertura del rischio che viene individuato nella polizza. Uno stesso contratto può contenere (e di solito contiene) garanzie diverse. Per esempio nella polizza auto sono previste le garanzie furto, incendio, infortuni del conducente, cristalli, e così via.

Le **esclusioni** sono in certo senso il loro contrario: si tratta infatti di clausole contrattuali che definiscono i casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono per esempio esclusi, di norma, i fatti che derivano da dolo o da colpa grave dell'assicurato.

Il tipo di evento assicurato determina il **tipo di polizza**. Il mercato delle assicurazioni è suddiviso in due grandi “rami”. Nel **ramo vita** rientrano le polizze che hanno per oggetto eventi legati alla vita umana, e in particolare il fatto che, a una certa data, l'assicurato sia o no in vita. Il **ramo danni** comprende tutte le altre polizze: furto, incendio, infortunio, malattia, responsabilità civile, eccetera.

Dal premio al rimborso, o indennizzo

Come abbiamo visto, il *premio* è l'obbligo principale del contraente: in pratica, è la somma di denaro che questo deve versare all'assicuratore. A determinarne l'entità, oltre alle probabilità che l'evento assicurato si verifichi, è il valore dei beni (o delle persone) assicurati.

L'obbligo dell'assicuratore è invece effettuare la *prestazione* prevista dal contratto se e quando si verificherà il *sinistro*, ovvero l'evento assicurato. In una polizza contro il furto, si verifica il sinistro nel momento in cui la cosa assicurata viene rubata.

La prestazione prevista dalla polizza può essere un *indennizzo*, ovvero una somma di denaro con cui riacquistare o ripristinare il bene danneggiato, oppure il *rimborso del danno* (o *risarcimento*, nelle polizze di responsabilità civile) da parte dell'assicuratore, entro un limite predeterminato.

Nel primo caso al bene assicurato – o alla persona assicurata – si attribuisce un valore che è il capitale *assicurato*. Nel secondo caso, la polizza fa riferimento a un *massimale*, che è l'importo massimo che l'assicurato è tenuto a risarcire. Se i danni risultano superiori a tale cifra, la differenza resta a carico dell'assicurato.

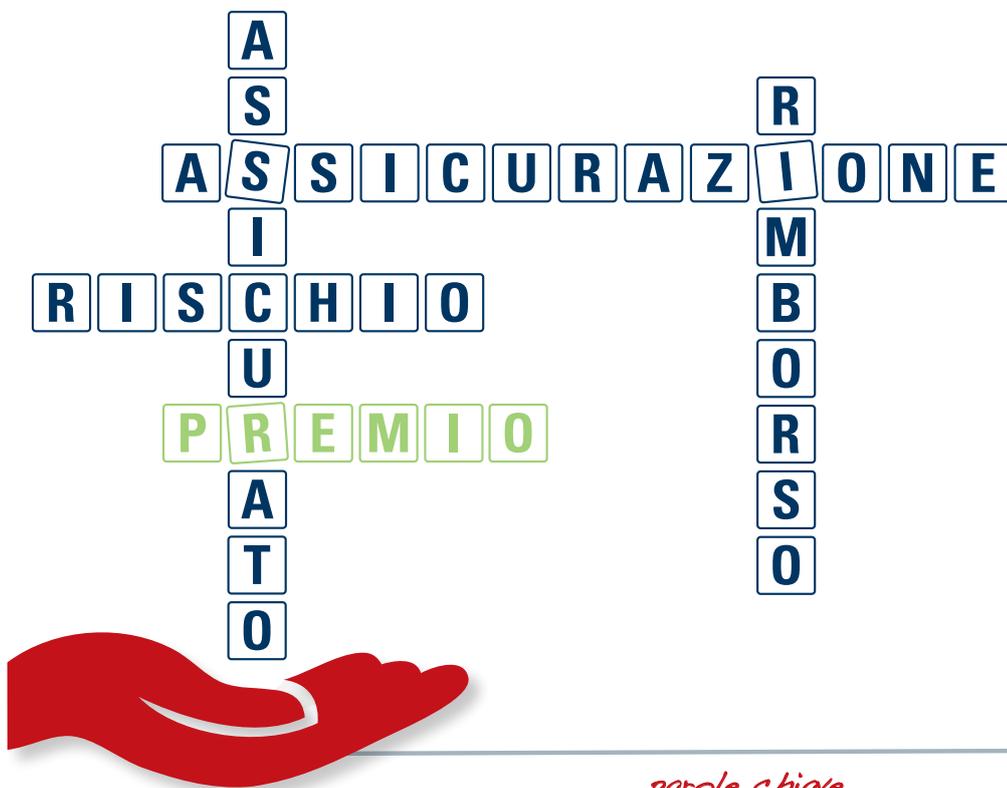
Nelle polizze per danni alle cose, il capitale assicurato è

il valore reale dei beni assicurati; nelle assicurazioni vita e infortuni, il capitale assicurato è il valore, forfettario, della persona assicurata. In altre polizze, come quelle di responsabilità civile, si fa riferimento al massimale.

Questa differenza dipende dal fatto che nei primi due casi è possibile attribuire un valore al bene o alla persona assicurati. Mentre nel terzo non è possibile prevedere l'entità del danno. Si pensi alla Rc auto, l'assicurazione di responsabilità civile più diffusa: come può essere prevista in anticipo l'entità dei danni che si possono provocare alla guida di un'auto? Se il massimale è pari a 100, un danno di 50 o di 100 sarà risarcito integralmente, ma un danno di 150 sarà risarcito solo fino a 100.

Le polizze possono inoltre prevedere uno scoperto o una franchigia. In entrambi i casi si tratta di una parte del danno che, in caso di sinistro, resta a carico dell'assicurato. Lo *scoperto* è indicato come percentuale del danno: se lo scoperto è del 10%, nel caso di un danno pari a 100 euro, 10 euro resteranno a carico dell'assicurato.

La *franchigia* è indicata invece in cifra fissa, oppure in percentuale, non del danno, come lo scoperto, ma della somma assicurata: la stessa franchigia può essere quindi indicata come il 25% su una somma assicurata di mille euro, o come cifra assoluta di 250 euro.



parole chiave



La salute, il bene *più prezioso*

Le polizze sanitarie prevedono un rimborso delle spese in caso di ricovero per malattia o infortunio. Ma le formule possono essere molto diverse.

Da quando nasciamo, e per tutta la vita, la salute è il bene più prezioso che abbiamo. Spesso però non riflettiamo sul valore "economico" in senso stretto della salute. Una malattia o un infortunio si trasformano molto facilmente in un problema economico, sia per le spese che può essere necessario sostenere per le cure, sia per le limitazioni che possono derivarne nella nostra attività lavorativa e professionale. Le assicurazioni malattia servono proprio a consentirci di affrontare meglio queste difficoltà: a sostenere le spese legate a un ricovero, e a integrare la perdita di reddito conseguente a un problema di salute.

La sanità pubblica in Italia garantisce cure gratuite (o quasi, vista la crescente incidenza dei "ticket") a tutti. Ma un'assicurazione "malattia" può, in caso di necessità, offrire una maggiore possibilità di scelta, e consentire di rivolgersi al settore privato, se questo è più rapido o efficiente, o comunque di integrare le prestazioni offerte dalla sanità pubblica.

A cosa servono le polizze "malattia"

Le assicurazioni "malattia", o "sanitarie", proposte dalle singole compagnie naturalmente non sono tutte uguali. In linea di massima è garantito il rimborso :

- delle spese di *ricovero, degenza* ospedaliera e *intervento chirurgico* dipendenti da una malattia o da un infortunio;
- in caso di intervento, degli *onorari del chirurgo* e della équipe medica (anestesista, assistente, ecc...), e dei *materiali* necessari per l'intervento;
- delle *spese legate al ricovero*, con o senza intervento chirurgico: assistenza medica, cure, trattamenti, esami, rette di degenza, trasporto in ambulanza, ecc...
- delle spese sostenute *nel periodo precedente* (tra i 60 e i 100 giorni) e *nel periodo successivo* (fino a un massimo di 180 giorni) un intervento chirurgico, o un ricovero per: accertamenti diagnostici, onorari



ricovero

dei medici, spese infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi;

- delle spese relative a *parto* naturale e a parto cesareo e ad *aborto* spontaneo o terapeutico.

Le formule

La copertura più ampia è quella offerta dalle polizze *sostitutive*, che *rimborsano integralmente* all'assicurato (sia pure fino a concorrenza del massimale) tutte le spese sostenute, sia in strutture pubbliche sia in strutture private.

ATTENZIONE !

Questo genere di polizza è piuttosto costosa. Per contenere la spesa può valere la pena di valutare, insieme con il proprio assicuratore, l'introduzione di una franchigia.

Un'altra tipologia di polizze, chiamate *indennitarie*, pagano all'assicurato *una diaria per ogni giorno di ricovero, cura e convalescenza*. La cifra quindi non è in funzione delle spese sostenute, ma del mancato guadagno legato alla malattia e al ricovero. E il costo dipende dall'entità della diaria. Si tratta di una formula particolarmente indicata per i liberi professionisti e i lavoratori autonomi, e l'importo della diaria tiene conto delle mancate entrate che potrebbero derivare per ogni giorno di mancata attività.

Le polizze *integrative*, invece, rimborsano esclusivamente le spese sostenute per prestazioni non offerte del servizio sanitario nazionale.

Con una polizza grandi rischi, ci sia assicurata il rimborso delle spese sostenute in relazione a particolari interventi chirurgici, i più costosi: nell'elenco rientrano tra l'altro gli interventi al cuore, quelli legati a tumori e aneurismi, trapianti.

Il contratto può infine prevedere un indennizzo nel caso in cui la malattia provochi una *invalidità permanente*, totale o parziale. In genere la garanzia è attiva a partire da una soglia di invalidità minima, pari di solito al 26%.



convalescenza



Una polizza personalizzata

Accanto a quelle di base, possono essere inserite in una polizza malattia alcune garanzie aggiuntive: a volte queste vengono comprese dalle compagnie nella loro offerta standard, in altri casi può essere necessario prevedere un'apposita estensione (pagando quindi un premio maggiore), in base alle proprie necessità. Come per tutti i prodotti assicurativi, infatti, occorre considerare le proprie esigenze e individuare i bisogni prioritari da proteggere.

Vediamone alcune delle principali garanzie aggiuntive:

- rimborso delle spese per visite specialistiche ed esami diagnostici *anche in assenza di ricovero o intervento* (sono comunque previsti limiti di risarcimento e franchigie);
- *anticipo dell'indennizzo*, di solito fino al 50% del totale, quando il ricovero si protrae per un periodo superiore a un dato limite (per esempio 15 giorni);
- rimborso delle spese per interventi in *day hospital*
- rimborso delle spese di cura per il *neonato* (di regola per i primi tre mesi di vita);
- *cure dentistiche*;
- *check up* periodici.

Le esclusioni

Abbastanza lungo è anche l'elenco delle esclusioni. Le polizze malattia non rimborsano in particolare le spese legate a:

- ricoveri legati ad atti di *autolesionismo* o ad atti *dolosi* dell'assicurato;
- malattie mentali e disturbi psichici
- cure *dentarie*, a meno che non siano necessarie in seguito a un infortunio;
- conseguenze dirette di guerre, insurrezioni, terremoti, eruzioni vulcaniche ed eventi radioattivi o atomici;
- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e patologie *preesistenti* alla firma del contratto, che l'assicurato ha sottaciuto all'assicuratore con dolo o colpa grave.

ATTENZIONE !

Quello dedicato alle esclusioni è uno dei capitoli del contratto da leggere con la maggiore attenzione sia per sapere quali sono effettivamente i rischi contro cui ci si assicura, sia per valutare, con l'assicuratore, modifiche o integrazioni della polizza. Uno degli aspetti più delicati, peraltro, è la possibilità che l'esclusione riguardi anche specifiche patologie pregresse non conosciute.



Come funzionano *le polizze malattia*

**Dal limite di età al questionario sanitario,
dal periodo di carenza alle convenzioni con medici
e strutture ospedaliere:
ecco tutto quello che è indispensabile sapere.**

Abbiamo visto quali sono le caratteristiche fondamentali dei contratti di assicurazione malattia: quando sono previsti i rimborsi, quali sono gli eventi coperti e quelli esclusi, le diverse tipologie di contratto.

Vediamo ora, in concreto, come si sottoscrive e come funziona il contratto.

Innanzitutto occorre ricordare che esistono dei *limiti di età* per gli assicurati. Con poche eccezioni, le compagnie pongono un limite massimo di 75 anni. Una volta stipulata la polizza, la compagnia non può (come accadeva prima del 2010) far valere la cessazione automatica della copertura quando l'assicurato, in corso di contratto, raggiunge l'età massima assicurabile.

La *durata* delle polizze sanitarie di solito non è superiore ai cinque anni. Maggiore è la durata, maggiore è la tutela per l'assicurato che si garantisce l'intervento della compagnia, in caso di bisogno, anche nel caso in cui insorgano malattie croniche o ricorrenti. Soltanto alla scadenza della polizza l'assicurato può decidere di modificare le condizioni contrattuali, o di non assicurare più quella persona.

Prima di sottoscrivere il contratto, occorre compilare un *questionario sanitario*. Questo consente alla compagnia di valutare lo stato di salute dell'assicurato, e quindi il tipo di rischio che assume con il contratto di assicurazione. Di fronte a

determinate patologie, la compagnia può decidere di non stipulare la polizza, oppure di prevedere alcune limitazioni, per esempio stabilendo che – almeno per un determinato periodo di tempo – il contratto non è operante relativamente a una certa patologia.

ATTENZIONE !

È indispensabile rispondere al questionario con cura e fornire informazioni esatte e complete sul proprio stato di salute. In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, infatti, la compagnia ha il diritto di rifiutare il pagamento dell'indennizzo o di pagarlo in misura ridotta.

Il premio

Come abbiamo visto, le tipologie di contratto sono molto varie, l'elenco delle garanzie incluse può essere più o meno vasto, i massimali e gli importi assicurati (per esempio nella formula che prevede una diaria da ricovero) possono essere molto differenti da caso a caso.

Il *massimale*, ovvero la somma massima che la compagnia è disposta a risarcire in base alla polizza, è di solito fissato su base annua (per esempio, 100 mila euro annui), e può riguardare una singola persona o un intero nucleo familiare. Esistono poi anche polizze che prevedono un massimale illimitato: il premio risulterà, evidentemente, piuttosto oneroso.

ATTENZIONE !

Oltre al massimale possono essere previsti limiti di indennizzo: si tratta delle somme massime (esprese come percentuale del massimale) che la compagnia pagherà per ogni sinistro in relazione a singole garanzie o voci di spesa. Per esempio, per le spese accessorie al ricovero può essere previsto un limite di indennizzo pari al 5% del massimale.

Nella determinazione del premio hanno inoltre un peso importante l'età dell'assicurato, il suo sesso e anche la zona di residenza, perché il costo dei ricoveri è diverso nelle diverse zone del paese.

Il costo totale può essere molto elevato, ma per ridurlo si può ricorrere a scoperti o franchigie. Le franchigie possono essere espresse in relazione alle spese sostenute, o al periodo di degenza: per esempio, il contratto può prevedere che non siano indennizzati i ricoveri inferiori ai tre giorni.

I premi pagati per le polizze malattia non sono detraibili fiscalmente, se non per la parte destinata, eventualmente, alla copertura contro l'invalidità permanente. Le spese sostenute in seguito a ricovero, tuttavia, possono essere dedotte in sede di dichiarazione dei redditi anche se sono state rimborsate dalla compagnia.

La carenza

Dopo la firma del contratto inizia un periodo, chiamato carenza, durante il quale l'assicurazione non è operativa per quanto riguarda le malattie (per le conseguenze di infortuni è immediatamente operante). Lo scopo è evitare che siano rimborsate le spese legate a malattie di cui l'assicurato era affetto (inconsapevolmente) al momento della firma del

contratto. Di norma la carenza dura 30 giorni, ma può anche essere superiore per determinate patologie. Non tutte le compagnie tuttavia prevedono questa clausola, penalizzante per l'assicurato.

Il recesso

Il recesso è la facoltà (del contraente e della compagnia assicuratrice) di interrompere il contratto prima della sua scadenza, senza incorrere in penali. Nel 2010 è stata abolita la possibilità per le compagnie di recedere dal contratto in caso di sinistro. La clausola che lo prevede (che può ritrovarsi in contratti stipulati prima di quella data) è considerata vessatoria ed è quindi nulla.

Il rimborso

Se e quando si verifica il sinistro, ovvero il ricovero sanitario per malattia o infortunio, il rimborso delle spese può avvenire in forma *diretta*, e quindi è la compagnia a pagare direttamente la struttura sanitaria, o *indiretta*, con il pagamento all'assicurato delle spese che ha sostenuto.

Tutte le compagnie hanno in essere *convenzioni* con strutture sanitarie e medici, il cui elenco è riportato nelle condizioni contrattuali e sul sito internet della società, che prevedono l'indennizzo diretto da parte dell'assicuratore.

ATTENZIONE !

Alcune polizze possono prevedere, nel caso in cui ci si rivolga a strutture non convenzionate, l'esclusione o la riduzione delle spese rimborsabili. Conviene quindi verificare attentamente non soltanto le condizioni della polizza, ma anche quali sono le strutture convenzionate.





Rc auto: *Sicuri alla guida*

**Le polizze di
responsabilità civile
sono obbligatorie
per tutti i veicoli:
auto, moto,
ciclomotori...
Ecco a cosa servono
e perché sono così
importanti.**

Per la maggior parte di noi la Rc del “motorino” è la prima polizza della nostra vita. Tutti i veicoli a motore (ciclomotori, motocicli, autoveicoli di ogni genere e anche natanti, oltre una certa potenza) devono essere assicurati in modo da poter risarcire terze persone dei danni fisici e materiali eventualmente causati dalla circolazione. E così, a 14 anni, il primo mezzo di trasporto che ci offre la possibilità di muoverci in autonomia e libertà porta con sé anche il primo contatto con il mondo delle assicurazioni.

Come ogni polizza di *responsabilità civile*, anche quella legata all’auto e agli altri veicoli riguarda il risarcimento dei danni involontariamente causati a terzi. L’assicuratore si obbliga infatti a risarcire, entro il massimale previsto in polizza, *i danni involontariamente causati a persone e cose* durante la circolazione del veicolo al quale la polizza si riferisce.

La copertura è *obbligatoria* e le motivazioni sociali di questo obbligo sono evidenti se si pensa alla gravità dei danni che possono derivare da un incidente stradale: danni alle cose, ma anche e soprattutto danni alle persone, fino alla conseguenza più grave, la morte.

Dall’obbligatorietà della polizza deriva il fatto che le compagnie assicuratrici *non possono rifiutarsi* di prestare la copertura richiesta o condizionarla alla sottoscrizione di altri contratti assicurativi, per esempio quelli relativi alle garanzie accessorie contro il furto e l’incendio dell’auto. Per la stessa ragione, non è ammesso il *recesso* dell’assicuratore nei confronti di un assicurato ritenuto troppo “sinistro”.

Chi ha causato l’incidente, nei casi più gravi difficilmente dispone di mezzi economici sufficienti per risarcire i danneggiati. Basti pensare che il massimale per questo tipo di polizza non può (per legge) essere inferiore a *5 milioni di euro* per i danni alle persone e a *un milione* di euro per i danni alle cose: somme che ben pochi possono risarcire di tasca propria. Per questo è necessario che automobilisti e motociclisti possano contare sull’intervento di un assicuratore.

L'obbligatorietà della polizza, inoltre, consente di suddividere il rischio tra milioni di soggetti: guidatori alle prime armi o molto esperti, automobilisti prudenti o distratti, la maggior parte dei quali, comunque, non causerà mai un grave incidente nel corso della sua carriera alla guida di veicoli. Suddividere il rischio e minimizzare le conseguenze.

La polizza di Rc è legata *al veicolo*, non a una persona specifica, e quindi (a meno che il contratto non preveda diversamente) è operativa chiunque sia il guidatore, che si tratti del proprietario o di altri.

La polizza inoltre tutela pedoni, conducenti o passeggeri di altri veicoli o di altri mezzi di trasporto, proprietari delle cose danneggiate, passeggeri del veicolo (anche se familiari del conducente-proprietario del veicolo, e anche il proprietario stesso se non è alla guida), animali. In breve, tutela i cosiddetti *terzi danneggiati*, ma non il conducente, che sia o no anche proprietario del veicolo: per proteggere il conducente dalle conseguenze di un possibile incidente è necessario ricorrere a un altro tipo di polizza, chiamata "*infortuni del conducente*".

Oltre alla responsabilità civile, le polizze auto e moto coprono, di solito in un unico contratto, altri rischi legati

ai veicoli, con le garanzie *furto e incendio*, di cui ci occuperemo in una prossima puntata.

ATTENZIONE !

L'assicurazione non è operante se il conducente non è abilitato alla guida secondo le norme in vigore (per esempio per sospensione della patente), o se non vengono rispettate le norme di sicurezza nel trasporto delle persone (per esempio mancato rispetto dell'obbligo di indossare le cinture di sicurezza). In questi casi la compagnia può risarcire i terzi danneggiati, ma si rivale sull'assicurato chiedendogli il rimborso dell'indennizzo pagato. Anche la guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di stupefacenti sono cause di rivalsa dell'assicuratore.

Le polizze Rc auto di base, inoltre, non prevedono il risarcimento dei danni subiti dal veicolo che causa l'incidente: in caso di sinistro, dunque, i danni subiti da questo restano a carico di chi li ha provocati. Per garantirsi il risarcimento di questi danni è necessaria un'altra copertura, la cosiddetta *kasko*, che non è legata alla responsabilità del conducente, ma dà diritto al risarcimento anche se l'incidente è stato causato da esso.





Rc auto:

quale contratto

La bonus-malus è la formula più utilizzata, ma non l'unica. Ecco come scegliere il contratto più adatto alle proprie esigenze, a quali aspetti prestare attenzione, e come risparmiare sui premi

Buoni e cattivi

La formula di gran lunga più utilizzata, nei contratti di responsabilità civile auto, è la bonus-malus. Il nome suggerisce il fatto che la polizza tende a premiare, con premi più contenuti, i guidatori migliori, quelli cioè che non provocano incidenti, penalizzando al contrario, con costi maggiori, i più "sinistrosi".

In pratica, la formula funziona in base a **18 classi di merito**. La classe migliore, quella con i costi più contenuti, è la prima; la peggiore è la 18a. Quando si assicura un veicolo nuovo, gli viene attribuita la classe d'ingresso (che è la 14a). Negli anni successivi la classe di merito dipenderà dal numero di sinistri causati: chi non provoca nessun incidente otterrà un avanzamento verso la prima classe, e quindi una riduzione del premio. Chi provoca uno o più incidenti, al contrario, scivola verso il basso, e paga premi più alti.

Il percorso è più veloce per i cattivi automobilisti che per i buoni: chi causa incidenti infatti retrocede almeno di due classi (due incidenti in un anno fanno scivolare alla 18a classe), mentre in assenza di incidenti non si guadagna più di una classe all'anno.

L'assegnazione della classe di merito è attribuita in ragione della condotta di guida tenuta nel "**periodo di osservazione**": per la prima annualità, il periodo di osservazione della polizza inizia il giorno della decorrenza della copertura e termina 60 giorni prima della scadenza annuale; per le annualità successive inizia due mesi prima della decorrenza del nuovo contratto e termina due mesi prima della scadenza annuale.

Ogni compagnia, in realtà, ha un proprio metodo di promozione o bocciatura degli assicurati, e proprie **classi di merito interne**, che devono però essere convertite nella cosiddetta Cu (classe di merito di conversione universale), articolata appunto in 18 livelli, e calcolata secondo parametri fissi e uguali a tutte le compagnie. La polizza assicura il veicolo, ma per il conducente che

cambia auto o moto continua a valere, nel bene e nel male, la classe di merito che gli è stata attribuita con il precedente veicolo. È garantito comunque il diritto di conservare la classe di merito raggiunta da un familiare convivente, se migliore della propria.

Le compagnie, inoltre, possono attribuire ai conducenti diverse **tipologie di guida**.

- se la polizza prevede la guida **libera**, chiunque, in possesso della patente, può guidare il mezzo;
- la guida **esperta** prevede che solo i guidatori con un'età maggiore a quella prevista dalla compagnia (di solito 25 anni) possano guidare il mezzo;
- se invece la guida è **esclusiva**, soltanto il guidatore indicato in polizza può guidare il mezzo.

Non tutte le compagnie prevedono tutte e tre le tipologie, ma normalmente è possibile scegliere tra guida libera e guida esperta

ATTENZIONE

Una polizza che prevede la guida esperta o esclusiva prevede un costo inferiore a una polizza a guida libera: è però fondamentale che le condizioni previste dal contratto a questo proposito siano assolutamente rispettate. In caso di incidente, se il guidatore non fosse in regola con le previsioni del contratto, la compagnia può rivalersi sull'assicurato

L'attestato di rischio

Ogni anno, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, la compagnia deve inviare al proprietario del veicolo assicurato un **attestato di rischio** nel quale è riportata sia la classe di merito interna, sia la Cu: la classe universale deve essere riconosciuta da tutte le compagnie, e quindi applicata al veicolo in questione nel caso in cui si decida di rivolgersi a un'impresa diversa.

Il documento riporta inoltre i sinistri occorsi al veicolo negli ultimi cinque anni, suddivisi in due tipologie: sinistri con responsabilità principale (pari o superiore al 51%) e sinistri con concorso di colpa. Per questi ultimi viene indicata anche la percentuale di responsabilità: il malus non scatterà fino a che la somma di tali percentuali non raggiunge almeno il 51% nei cinque anni.

La durata

Le assicurazioni di Rc auto hanno una durata di un anno, che decorre dalle 24 del giorno in cui è stato pagato il premio. Dal dicembre 2012 è stata *abolita* la clausola del *tacito rinnovo* (vale a dire il rinnovo automatico per un'altra annualità in assenza di recesso da parte dell'assicurato).

La legge ha anche previsto un *periodo di tolleranza* di 15 giorni oltre la data di scadenza, durante il quale la compagnia continua a rispondere dei sinistri causati dall'assicurato. Durante questo periodo l'assicurato può valutare le offerte di diverse compagnie, e decidere se stipulare la sua polizza con la stessa compagnia o con un'altra.

Il premio

Nella bonus malus, come abbiamo visto, l'entità del premio dipende in ampia misura dalla sinistrosità dell'assicurato e quindi dalla classe di merito alla quale è assegnato. A determinare il premio concorrono anche le caratteristiche del *veicolo*, in particolare per quanto riguarda la potenza, e quelle del contraente, con riferimento soprattutto alla sua *età* e alla sua *anzianità* di guidatore.

Un altro elemento importante è l'ammontare del *massimale*. Oggi è obbligatorio indicare nelle polizze di Rc auto i cosiddetti massimali bipartiti, che distinguono tra danni alle persone e danni alle cose. La legge stabilisce inoltre gli *importi minimi* dei massimali, che sono, per tutti i veicoli, di *5 milioni* di euro per i danni alle persone e *un milione* per i danni alle cose.

ATTENZIONE

Di regola un aumento del massimale, anche importante, non comporta un forte incremento del premio da pagare: conviene perciò valutare questa opportunità con il proprio assicuratore per garantirsi, con una spesa contenuta, una maggiore serenità in caso di incidente.

Sull'entità del premio incidono infine fattori non dipendenti dall'assicurato: si tratta in particolare dei fattori *geografici* (ogni provincia italiana ha un diverso indice

di sinistrosità e a indici maggiori corrispondono premi più elevati per i residenti), e legati alle *dimensioni delle località* in cui si vive (nei piccoli centri i costi sono più contenuti che nei grandi).

La franchigia

La bonus-malus non è l'unica formula di Rc auto disponibile. L'alternativa, per quanto poco utilizzata, si chiama franchigia. Il contratto prevede infatti che, in caso di incidente, i danni vengono risarciti dall'assicuratore soltanto al di *sopra di un determinato ammontare*. Per esempio, con una franchigia di 200 euro, se i danni ammontano a 300 euro ne verranno rimborsati soltanto 100, mentre i primi 200 resteranno a carico dell'assicurato. La formula può risultare meno costosa rispetto alla bonus-malus, ma è evidente che il risparmio può essere facilmente annullato da chi provoca un alto numero di sinistri: conviene dunque ai guidatori più prudenti, e/o che usano assai di rado il loro veicolo. Peraltro le compagnie che propongono questo tipo di formula di solito la riservano ai guidatori che, essendo già assicurati con la bonus-malus, vantano una classe di merito molto alta. In ogni caso, in caso di sinistro l'assicurato *non subisce aumenti di premio*, mentre per coloro che non provocano incidenti può essere prevista una riduzione del premio nelle annualità successive, oppure una riduzione della franchigia, in modo da lasciare a carico dell'assicurato una somma inferiore in caso di incidente.

ATTENZIONE

Anche in una polizza bonus-malus può essere introdotta una franchigia. Accettare di farsi carico, in caso di sinistro, di una parte del risarcimento consente di ridurre l'entità del premio da pagare. E può rappresentare un buon deterrente per indurre a una maggiore prudenza alla guida!

La scatola nera

Una delle più recenti e interessanti innovazioni nel campo delle assicurazioni auto è la cosiddetta "scatola nera". Si tratta di un dispositivo che, installato sul veicolo, consente di registrarne i movimenti, tenendo memoria delle distanze percorse, della velocità, dello "stile" di guida e delle modalità degli eventuali incidenti.

Le polizze con questa particolarità offrono uno sconto sul premio rispetto alle polizze tradizionali, ma anche altri vantaggi. Innanzitutto perché rilevano automaticamente gli incidenti e possono attivare i soccorsi immediatamente. Inoltre possono offrire alcune personalizzazioni come il cosiddetto *pay per use*, che consente di pagare l'assicurazione in base ai chilometri percorsi.



DALL'INFANZIA
ALL'ETÀ ADULTA

Non solo Rc:

Come proteggere l'auto, e se stessi

Accanto alla responsabilità civile obbligatoria, altre garanzie facoltative possono proteggere la nostra auto o la nostra moto. Di solito le compagnie le propongono con un unico contratto, insieme alla Rc auto: le più comuni sono furto, incendio, kasko, cristalli, assistenza e atti vandalici. In tutti i casi le polizze accessorie prevedono scoperti o franchigie.

Il furto: rimborsa i danni conseguenti al furto, consumato o tentato, del veicolo, e quelli conseguenti a **rapina**. Sono dunque compresi, normalmente, anche i danni che un'auto può subire nel corso di un tentativo di furto, ed è risarcito sia il danno totale, il furto dell'auto, sia quello parziale (per esempio le ruote).

In caso di tentato furto l'assicurazione risarcirà le spese sostenute per le riparazioni dei danni causati dai ladri.

Una formula meno costosa, inoltre, prevede il risarcimento soltanto in caso di **danno totale**: la garanzia copre cioè esclusivamente il furto del veicolo e non i furti parziali o i tentativi.

Insieme con la garanzia di responsabilità civile obbligatoria, è possibile tutelarsi ulteriormente: furto e incendio, kasko, assistenza... ecco a cosa servono

L'incendio

La garanzia contro l'incendio copre i danni subiti dall'auto e dagli accessori in seguito a incendio, azione del fulmine, esplosione del carburante contenuto nel serbatoio o nell'impianto di alimentazione.

La polizza

Le garanzie furto e incendio sono prestate nella formula a **valore intero**: la somma assicurata, cioè, non può essere inferiore al **valore commerciale** dell'auto o della moto, pena l'applicazione, in caso di sinistro della regola **proporzionale**, che prevede



+ tutele

una riduzione dell'indennizzo in base al rapporto che esiste tra il valore reale del veicolo e il valore dichiarato in polizza.

L'indennizzo è riferito al valore commerciale dell'auto o moto.

La kasko

La kasko (chiamata anche "danni accidentali") è una polizza facoltativa che risarcisce i danni subiti, in caso di incidente, dalla propria auto: chi ha causato un incidente, con la polizza Rc potrà ottenere dalla compagnia il rimborso dei danni causati a terzi, ma non al proprio veicolo. A questo provvede la kasko.

La kasko "*collisione*" offre una garanzia *parziale*: copre cioè solamente i casi in cui sia coinvolto un altro veicolo. Perché la garanzia sia operativa, però occorre che l'altro veicolo e il guidatore siano identificati.

La kasko *totale*, invece, indennizza anche i danni subiti in seguito a collisioni con persone o animali, urto contro ostacoli od oggetti scagliati da altri veicoli, ribaltamento o uscita di strada.

La formula totale può essere prestata nella formula a *valore intero*, e quindi indennizzare interamente il danno, con riferimento al valore commerciale dell'auto o della moto; a *primo rischio assoluto*, e quindi prevedere un limite massimo di indennizzo, in cifra fissa; a *primo rischio relativo*, con un limite massimo di indennizzo fissato in percentuale del valore commerciale dell'auto; e a *secondo rischio*, con una franchigia fissata in percentuale sul valore dell'auto.

Attraverso un'estensione di polizza, può arrivare a coprire anche i danni subiti in seguito ad *atti vandalici* ed *eventi atmosferici* e naturali (grandine, terremoto, ecc.).

La kasko è comunque una polizza decisamente costosa. Di solito viene stipulata solamente per veicoli di alto valore economico e nuovi: quando un'auto ha più di tre anni, per esempio, il risarcimento rischia di essere molto inferiore rispetto al danno effettivamente subito a causa dei "coefficienti di degrado" applicati dalla compagnia per tener conto dell'invecchiamento del mezzo.

Le altre garanzie

A completare la protezione della propria auto o della propria moto possono essere previste altre garanzie accessorie, dai *crystalli* (per i danni derivanti dalla rottura di finestrini, lunotto e parabrezza) al *ritiro patente*, che offre all'assicurato di un'indennità

ATTENZIONE

Le coperture aggiuntive possono essere facilmente personalizzabili in base alle proprie esigenze e alle caratteristiche del veicolo assicurato. Spesso con una spesa supplementare abbastanza modesta, è possibile proteggere in modo efficace la propria auto, spesso pagata a caro prezzo, magari con un impegno a versare rate per anni.

giornaliera in caso di sospensione della patente, fino agli *eventi socio-politici* e *atmosferici*, che coprono danni normalmente esclusi dalle garanzie furto e incendio.

Esistono poi alcune garanzie che possono essere abbinate alla polizza Rc auto che non prevedono un vero e proprio rimborso di danni, bensì un supporto e un intervento in caso di particolari difficoltà.

Ci riferiamo alle polizze di assistenza stradale e alla difesa legale.

L'*assistenza stradale* garantisce un intervento tempestivo quando per un guasto, un incidente, l'auto resta in panne. La garanzia comprende il recupero del veicolo e il suo trasporto a un centro di assistenza o un'officina. In caso di guasti più modesti, il problema può essere risolto con l'invio di un meccanico sul posto.

Alcuni contratti offrono anche un'auto sostitutiva a disposizione dell'assicurato per il tempo necessario alla riparazione e, in caso di furto, per 30 giorni, in attesa che possa sostituire il veicolo rubato.

La polizza di *tutela giudiziaria* connessa con la Rc auto prevede la copertura delle spese legali nel caso in cui l'assicurato debba avvalersi di un avvocato per difendere i propri interessi in seguito a un sinistro. Ciò può accadere quando sono dubbi sulla dinamica e quindi sulle responsabilità dell'incidente: molto spesso le parti coinvolte danno versioni contrastanti sull'accaduto e non si possono trovare riscontri oggettivi o testimoni che consentano di fare chiarezza. Ma la polizza può intervenire, pagando le spese legali, anche nel caso in cui l'assicurato subisca un processo penale per le lesioni conseguenti a un incidente stradale da lui provocato.

ATTENZIONE

Le coperture accessorie alla Rc auto sono quelle sulle quali, di regola, si possono trovare le maggiori differenze di prezzo fra le compagnie: è su queste che può essere più utile effettuare dei confronti tra diversi preventivi, valutando sia l'entità del premio, sia l'ampiezza delle garanzie offerte.



Rc auto, dalla teoria alla pratica

Una volta sottoscritto il contratto di assicurazione e pagato il relativo premio, la polizza è efficace e l'assicuratore deve consegnare all'assicurato il **certificato di assicurazione**, un documento più ampio, nel quale sono riportati tutti i dati relativi al contratto di assicurazione (dati relativi alla compagnia, numero della polizza, della targa o del telaio, periodo di assicurazione, ecc.). Deve essere tenuto a bordo del veicolo ed esibito a richiesta delle autorità.

Dal 18 ottobre 2015 non è più obbligatorio, invece, il **contrassegno**, il piccolo tagliando di carta riportante il logo della compagnia, la targa del veicolo e la data di scadenza della polizza che, fino a quella data, doveva essere esposto sul parabrezza. La polizia oggi può infatti controllare, in pochi secondi, chi è assicurato e chi no. E' sufficiente una semplice verifica on line sulla banca dati gestita dal ministero dei Trasporti e aggiornata in tempo reale dalle compagnie di assicurazione.

Chi circola senza assicurazione, invece, potrà essere individuato anche attraverso strumenti come Telepass, Tutor, Autovelox eccetera, che segnaleranno il passaggio di veicoli non assicurati: per i proprietari scatterà il sequestro del veicolo, oltre a una multa fino a un massimo di 3.287 euro.

ATTENZIONE

Nel premio è compresa anche una quota (pari al 10,5%) che viene versata come contributo al Servizio sanitario nazionale.

Fino al 2013 questa poteva essere dedotta dal reddito, per la parte eccedente la cifra di 40 euro.

Dal 1° gennaio 2014 però, la deducibilità è stata cancellata, e quindi, a partire dalla dichiarazione dei redditi 2015 il contributo al Ssn sarà totalmente indeducibile.

**Cos'è il contrassegno?
E il certificato di assicurazione?
E cosa si deve fare in caso di sinistro?
Vediamo come gestire la propria polizza.**

In caso di sinistro

C'è un altro documento che deve essere consegnato dalla compagnia nel momento in cui viene concluso il contratto: il cosiddetto **modulo blu**, ovvero il modello da compilare in caso di incidente, per la constatazione amichevole del danno.

In caso di sinistro, l'assicurato deve presentare tempestivamente all'assicuratore la denuncia del sinistro: la domanda di rimborso deve essere presentata dal danneggiato alla compagnia che assicura il danneggiante, inviando una copia al proprio assicuratore. Il modulo blu è utile per agevolare la denuncia: per presentarlo, però, occorre che siano d'accordo entrambe le parti coinvolte.



L'indennizzo diretto

La maggior parte delle compagnie aderiscono alla Convenzione indennizzo diretto (Cid), che è stata introdotta con lo scopo di semplificare e sveltire le procedure di indennizzo nei casi più semplici e quando sono in questione cifre non rilevanti. A gestire la Convenzione è la Consap, Concessionaria per i servizi assicurativi pubblici.

La Cid prevede che la richiesta di risarcimento venga presentata dal danneggiato alla propria compagnia, anziché a quella del danneggiante. Vi si può ricorrere quando:

- sono coinvolti soltanto due veicoli entrambi identificati, assicurati e immatricolati in Italia;
- l'assicurato non ha subito danni fisici gravi vale a dire danni alla persona con invalidità permanente non superiore al 9%;
- entrambe le parti accettano di sottoscrivere il modulo blu.

È possibile ricorrere al risarcimento diretto anche se terze persone trasportate su uno dei veicoli ha subito lesioni gravi, ma non in caso di danni fisici subiti da passanti.

In tutti gli altri casi si applica la *procedura ordinaria* per cui il danneggiato chiede il risarcimento alla compagnia del danneggiante.

ATTENZIONE !

In caso di sinistro con veicolo non assicurato o non identificato la richiesta di risarcimento, per i soli danni alle persone, va presentata al Fondo di garanzia per le vittime della strada, istituito presso la Consap (www.consap.it) e all'impresa designata dalla stessa Consap in base al luogo dove è avvenuto il sinistro.



modulo blu



risarcimento

Rimborsare il sinistro

Per la maggior parte degli automobilisti, assicurati con la bonus-malus, la responsabilità in un incidente, e il relativo rimborso dei danni da parte della compagnia, può comportare un forte aumento del costo della polizza Rc auto.

Per questo, conviene valutare se non sia il caso di *rimborsare di tasca propria* il danneggiato, mantenendo la propria classe di merito e quindi scongiurando l'aumento del premio.

Per farlo ci si può rivolgere alla Consap, facendo richiesta via internet (la strada più rapida), oppure via fax, posta elettronica o posta ordinaria. La Consap verifica i dati del sinistro e l'entità dell'indennizzo che è stato versato al danneggiato.

A questo punto si può pagare l'importo direttamente alla Stanza di compensazione, con un bonifico. La Consap rilascia quindi l'attestazione di avvenuto pagamento da presentare alla propria compagnia, chiedendo che il contratto sia riclassificato, *ricalcolando la classe di merito* come se il sinistro non fosse accaduto.

I tempi del risarcimento

Le compagnie sono tenute a proporre un'offerta per il risarcimento (o a comunicare i motivi per i quali non ritiene di fare un'offerta), entro 60 giorni in caso di danni alle cose, ed entro 90 giorni in caso di lesioni o decesso del danneggiato.

Il termine di 60 giorni è ridotto a 30 giorni se entrambe le parti hanno sottoscritto il modulo blu.

In caso di accettazione dell'offerta di risarcimento il pagamento deve avvenire tassativamente entro i 15 giorni.

Se c'è la rivalsa

Come abbiamo visto, le polizze di Rc auto prevedono alcune esclusioni (per esempio in caso di sospensione della patente al conducente). In casi del genere la compagnia deve comunque liquidare il sinistro al danneggiato ma ha diritto di rivalersi sul contraente, cioè di chiedergli la rivalsa, ovvero la restituzione totale o parziale di quanto pagato.



Figli, una polizza *per il futuro*

**Un'assicurazione può essere lo strumento più adatto per accantonare una somma da utilizzare per gli studi, o per avviare un'attività una volta grandi.
E conviene pensarci presto.**

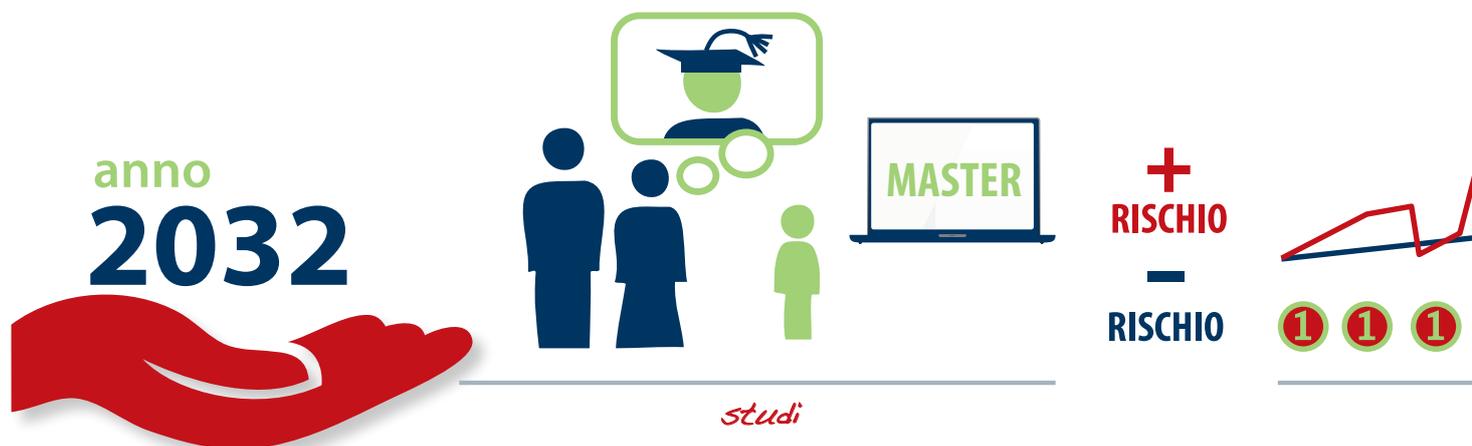
L'avenire dei figli è una delle maggiori preoccupazioni dei genitori: garantire loro la possibilità di completare gli studi, od offrire loro un capitale su cui contare, quando saranno grandi, per avviare una loro attività lavorativa, professionale è il desiderio di molti. Soprattutto in anni come quelli che stiamo vivendo, in cui la crisi economica rende ancora più difficile l'accesso dei giovani al mondo del lavoro.

Certo, si può provvedere in molti modi, accantonando risparmi sul conto in banca ogni volta che è possibile, acquistando titoli di Stato o investendo in vari modi... Esiste tuttavia uno strumento che offre molti vantaggi rispetto al "fai da te" o ad altri prodotti finanziari. Alcune compagnie di assicurazione hanno infatti studiato polizze che hanno la specifica finalità di offrire ai figli *una rendita per gli anni degli studi universitari* o *un capitale* da utilizzare quando saranno adulti.

Si tratta di una particolare forma di assicurazioni sulla vita che un genitore, ma anche un nonno o uno zio, possono scegliere di stipulare a favore di figli o nipoti quando questi sono ancora bambini. *La scadenza* viene fatta coincidere con il loro diciottesimo compleanno, oppure con la fine delle scuole superiori.

Dal momento della sottoscrizione, e fino alla scadenza, il contraente (padre o madre, nonno o nonna, ecc.) pagherà i premi, accantonando via via una somma che crescerà nel tempo. Alla scadenza il ragazzo o la ragazza potrà contare su una rendita per la durata degli studi universitari o su un capitale, che potrà aiutarlo o aiutarla nell'inizio della sua vita adulta.

I premi pagati alla compagnia possono essere investiti con formule diverse. Può trattarsi di fondi "*a gestione separata*", caratterizzati da un rendimento minimo e da un approccio molto



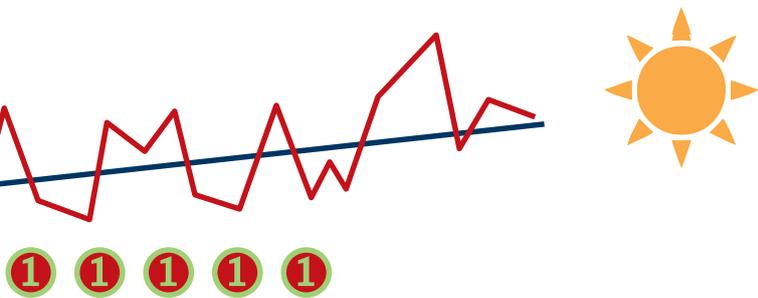
ATTENZIONE !

L'offerta delle compagnie è differenziata non soltanto per le caratteristiche dei prodotti, ma anche per un diverso livello di costi. I cosiddetti "caricamenti" possono essere particolarmente elevati nel caso delle assicurazioni vita: valutare diverse proposte è quindi più che mai opportuno, per non rischiare di avere, alla scadenza, un risultato inferiore alle attese.

prudente. Ogni anno il capitale o la rendita assicurati sono maggiorati in base a una parte delle performance realizzate dalla gestione separata, che è un fondo costituito da patrimonio autonomo (al riparo da un eventuale dissesto della compagnia assicuratrice) investito soprattutto in titoli di Stato italiani, con un sistema che consente di ridurre la volatilità e offrire una certa stabilità dei rendimenti.

Con le polizze *unit-linked* invece si investe in veri e propri fondi di investimento, che investono sui mercati finanziari, anche azionari. Generalmente dunque non offrono alcuna protezione dell'investimento o, quantomeno, non così ampia come nelle polizze vita rivalutabili. Nel corso degli anni, l'investimento potrebbe ottenere ottime performance, ma anche subire forti ribassi.

Trattandosi di un investimento a *medio-lungo termine*, tuttavia, (tra la sottoscrizione della polizza, quando il beneficiario è ancora un bambino, e la scadenza, passano infatti diversi anni), può valere la pena di correre qualche rischio in più. Nel corso del tempo potranno verificarsi periodi di incertezza sui mercati ma le statistiche storiche dimostrano che, normalmente, nel lungo periodo le perdite vengono ampiamente recuperate.



piano a medio termine

ATTENZIONE !

Con una polizza di tipo *unit-linked* è possibile modificare nel tempo la composizione dell'investimento, prevedendo una maggiore componente azionaria all'inizio del piano, per poi incrementare via via la quota investita sull'obbligazionario e quindi in modo più prudente, in modo da proteggere l'investimento quando l'obiettivo si avvicina.

A distinguere questo tipo di polizze da un investimento finanziario, poi, sono alcuni contenuti tipicamente assicurativi.

Particolarmente significativa è la garanzia, prevista da quasi tutti i contratti, del *completamento del piano*: in caso di morte o di invalidità permanente dell'adulto che ha sottoscritto la polizza, la compagnia gli subentra nel pagamento dei premi, in modo che il beneficiario possa in ogni caso avere il capitale o la rendita previsti.

In alcuni casi può essere prevista una garanzia sulla *restituzione dei capitali versati* e/o un *rendimento minimo*. Nel primo caso, la prestazione a scadenza non può essere inferiore al totale delle somme versate dal contraente; nel secondo, l'investimento gode di una rivalutazione annua minima, che si accumula via via.

ATTENZIONE !

Se non sono previste clausole di questo genere, il capitale a scadenza può essere anche inferiore alla somma dei premi versati.

Altri contratti prevedono poi dei *bonus*, cioè delle maggiorazioni sulle prestazioni a scadenza, nel caso in cui i ragazzi ottengano un buon voto all'esame di maturità, o comunque concludano gli studi superiori nei tempi previsti.

Per le assicurazioni sulla vita che prevedono il rischio di morte e invalidità permanente è possibile portare in detrazione d'imposta, in sede di dichiarazione dei redditi, il 19% dell'importo versato, entro il limite di 530 euro.



Furto e incendio:

proteggere la casa

“Casa dolce casa”. Tutti d'accordo, ma come proteggere la propria abitazione e i beni che vi si trovano? In realtà, l'80% di italiani sono proprietari dell'abitazione in cui vivono, ma sono molti meno quelli che l'assicurano contro i vari rischi a cui è soggetta. Piccoli e grandi incidenti possono creare danni, distruggere oggetti utili o di valore, i ladri possono sottrarli... Le polizze contro il furto e l'incendio possono aiutare a ritrovare la serenità, con un risarcimento che consente di riparare o ricomprare ciò che è stato danneggiato.

Si tratta però di contratti abbastanza complessi, e la scelta va fatta con molta attenzione, cercando di personalizzare il più possibile la polizza, perché risponda alle nostre effettive esigenze.

Incendio: cosa copre la polizza

Le polizze contro l'incendio riguardano molti eventi diversi: non soltanto l'incendio vero e proprio, ma anche, per esempio, i danni derivanti da fulmini o esplosioni, quelli causati da fumi o gas, o da urti da parte di veicoli e aerei. Sono compresi anche i danni che i vigili del fuoco possono causare spegnendo un incendio, e (entro un certo limite) le spese di sgombero o demolizione che derivano dal sinistro.

Le polizze, gratuitamente o con un sovrappremio, possono inoltre coprire altri eventi, come quelli determinati da colpa grave dell'assicurato, i danni causati a cose di proprietà dei vicini, quelli derivanti dalla rottura delle condutture dell'acqua o da eventi atmosferici o calamità naturali, e i danni indiretti (come le spese per un albergo finché l'abitazione è inagibile).

Una garanzia che può risultare particolarmente utile in

La bonus-malus è la formula più utilizzata, ma non l'unica. Ecco come scegliere il contratto più adatto alle proprie esigenze, a quali aspetti prestare attenzione, e come risparmiare sui premi.

caso di sinistro, poi, riguarda l'anticipo dell'indennizzo, grazie al quale l'assicurato può ricevere in tempi rapidi una somma pari alla metà dell'importo minimo che, secondo le prime stime, gli sarà liquidato.

Normalmente le polizze non assicurano beni come banconote e titoli, archivi e documenti, collezioni, quadri e, in genere, oggetti di valore artistico: per assicurare questi beni, occorre prevedere nel contratto delle condizioni speciali e pagare un apposito premio.

ATTENZIONE !

Prima di firmare il contratto conviene soffermarsi sulle garanzie previste e sulle esclusioni, e verificare che siano effettivamente compresi i beni che si desidera assicurare. È meglio, in questo, farsi aiutare dall'assicuratore o da un altro esperto, perché le definizioni possono trarre in errore: a volte vengono usati termini di uso non corrente, o con un senso diverso a quello che si dà loro comunemente.

I tipi di contratto

L'assicurazione contro l'incendio di solito prevede la formula *valore intero* che prevede il risarcimento totale del danno subito, per quanto riguarda i beni assicurati.

In questo tipo di contratti, è indispensabile che il valore dei beni sia effettivamente quello dichiarato nel contratto. Se, al momento del sinistro, il valore dichiarato è inferiore a quello reale, la compagnia applica la regola proporzionale, e cioè riduce l'indennizzo in una misura pari al rapporto esistente tra il valore dichiarato e quello effettivo dei beni. Per esempio, se il e i beni valgono 100 mila euro, ma il valore assicurato è 50 mila, cioè la metà, in caso di danno per 20 mila euro l'indennizzo sarà anch'esso dimezzato a 10 mila euro. Normalmente le compagnie prevedono tuttavia una tolleranza, di solito del 20%, tra somma assicurata e valore dei beni.

Per evitare di incorrere nella riduzione dell'indennizzo, occorre prestare molta attenzione al valore dichiarato, eventualmente ricorrendo all'aiuto di perizie, e verificare che, nel corso del tempo, il valore non aumenti.

In alternativa si può scegliere una polizza *a primo fuoco*, che consente all'assicurato di ottenere il risarcimento integrale dei danni subiti, entro il massimale assicurato. In tal caso la polizza non riporta il valore dei beni assicurati, ma solamente la somma assicurata, che corrisponde al massimo indennizzo che la compagnia si impegna a pagare.

L'indennizzo di solito viene calcolato in base al valore commerciale dei beni, cioè al valore che hanno al momento del sinistro, tenendo conto del degrado dovuto al tempo e all'uso.

Più costose le polizze che prevedono il valore a nuovo che, per quanto riguarda il fabbricato, è pari al costo di ricostruzione, e per gli altri beni al costo per sostituirli con beni nuovi, e uguali o simili per caratteristiche a quelli danneggiati.

Furto, le garanzie

Le assicurazioni contro il furto di regola coprono anche i guasti prodotti dai ladri a porte, serrature eccetera, per introdursi nei locali che contengono le cose assicurate. Normalmente sono compresi anche lo scippo e la rapina, sempre in relazione con i beni assicurati. Altri eventi che possono essere assicurati (eventualmente con aumenti del premio) sono l'estorsione, i guasti ai locali e i danni vandalici.

È bene verificare se il contratto prevede particolari requisiti per quanto riguarda le modalità di difesa dei locali dove sono costituiti i beni, per esempio mezzi di chiusura particolarmente sicuri o impianti di allarme.

La formula contrattuale più diffusa è quella *a primo rischio assoluto*, che non riporta il valore dei

beni, ma indica solamente il massimale o somma assicurata, cioè l'indennizzo massimo che l'assicuratore può essere chiamato a pagare. Un'alternativa è la formula *a primo rischio relativo*; in questo caso il contratto riporta, oltre al massimale, anche il valore dei beni assicurati; se, al momento del furto, i beni sottratti risultano avere un valore superiore a quello dichiarato, si applica la regola proporzionale, altrimenti vengono risarciti per intero.

Come per le polizze incendio, l'indennizzo può fare riferimento al valore commerciale dei beni o al loro valore a nuovo: evidentemente la seconda soluzione è la più costosa.

ATTENZIONE !

Di regola la copertura contro il furto è valida solo in caso di scasso o rottura di porte o finestre: se i ladri dovessero entrare attraverso una finestra rimasta aperta, l'assicurazione non rimborsa il danno. Il rimborso è invece dovuto se i ladri entrano usando le chiavi rubate o smarrite per le quali è stata fatta regolare denuncia .

Quasi tutte le polizze prevedono che non sia rimborsato il furto avvenuto in un appartamento non abitato da più di 45 giorni (nel caso di gioielli, preziosi e denaro questo termine scende a 15): in questi casi, in pratica, la garanzia rimane sospesa. È una clausola da tenere presente soprattutto se l'assicurazione riguarda una seconda casa.

Le polizze multirischio

Furto, incendio o tutt'e due? Se l'obiettivo di chi assicura la propria casa è la tranquillità per sé e i famigliari, l'alternativa non si pone: entrambe le polizze possono aiutare a fronteggiare episodi quanto mai spiacevoli.

Una copertura ancora più ampia è offerta dalle polizze multirischio che non soltanto uniscono in un unico contratto le garanzie contro furto e incendio, ma offrono anche garanzie complementari che vanno dalla responsabilità civile "del capofamiglia", alla tutela giudiziaria, di cui parleremo prossimamente.

ATTENZIONE !

Prima di stipulare una polizza per la casa, chi abita in un condominio dovrebbe verificare se questo è assicurato con una polizza "globale fabbricati" e quali garanzie prevede: alcuni eventi possono essere già coperti, ed è consigliabile evitare una doppia assicurazione.



Professionisti, *se il cliente chiede i danni*

Le polizze di responsabilità civile intervengono in caso di richieste di risarcimento legate all'attività professionale. Un obbligo di legge, ma anche un modo per tutelare il patrimonio.

Tutti i professionisti iscritti a un albo devono, da un paio d'anni, stipulare una polizza di responsabilità civile per i rischi legati alla loro attività: una polizza cioè che risarcisce i terzi degli eventuali danni causati dall'assicurato nello svolgimento della sua professione. L'obiettivo della norma è fare in modo che i clienti siano tutelati nel caso in cui il professionista provochi loro un danno, ma nello stesso tempo la polizza protegge il patrimonio del professionista, che potrebbe essere chiamato a rispondere alla richiesta del cliente danneggiato.

Il commercialista che dimentica una scadenza, l'avvocato che non presenta per tempo un'istanza, l'ingegnere che sbaglia i calcoli... gli esempi sono infiniti, ma dev'essere chiaro che la garanzia è operante soltanto nel caso in cui il danno al cliente sia dovuto a un atto involontario del professionista, e mai a un atto volontario e/o illecito: in termini tecnici, l'assicurazione copre le responsabilità in caso di inadempienza, negligenza, imprudenza o imperizia.

I diversi ordini professionali e alcuni enti previdenziali si sono preoccupati di stipulare convenzioni con le compagnie assicurative per offrire ai loro iscritti le polizze di Rc professionale previste dalla legge, a condizioni di favore.



ATTENZIONE

Le polizze previste dalle convenzioni con gli ordini professionali sono, per forza di cose, piuttosto standardizzate. Per questo, soprattutto i professionisti più esposti a rischi particolari dovrebbero valutare la possibilità di sottoscrivere una polizza più personalizzata, che risponda alle specifiche caratteristiche della loro attività.

Quando vale la copertura

Ma quali sono gli aspetti di cui tener conto? Uno dei più importanti e delicati riguarda l'efficacia temporale della copertura assicurativa, perché tra il momento in cui il professionista commette un errore, con relativo danno al cliente, e quello in cui viene fatta la richiesta di risarcimento possono passare anche alcuni anni.

La formula più diffusa è la cosiddetta "claims made", che fa riferimento al momento in cui viene presentata la richiesta di risarcimento, e non al momento in cui si è verificata l'azione che ha provocato il danno. Se la polizza è operativa dal 1° gennaio 2015, per esempio, la copertura sarà efficace per le richieste di risarcimento pervenute dal quel giorno in poi, anche se l'errore è stato commesso dal professionista in un momento precedente.

È prevista quindi una certa retroattività, ma non un'efficacia "postuma", per le richieste di risarcimento che dovessero arrivare dopo una disdetta del contratto (perché il professionista cessa l'attività o perché passa a un'altra compagnia di assicurazione). Per questo è possibile ricorrere a una specifica garanzia, chiamata appunto postuma, in base alla quale le richieste di risarcimento per fatti accaduti durante il periodo di validità della polizza sono comprese dopo la cessazione dell'assicurazione, per un certo numero di anni, per essere sicure di non incorrere in periodi privi di copertura assicurativa.

Quali rischi

Esistono poi due tipologie fondamentali di polizze: le polizze a rischi nominati, tipiche del mercato italiano, e le polizze all risk, di matrice anglosassone. Nelle prime, le garanzie incluse sono quelle esplicitamente citate nel contratto, nelle seconde al contrario sono compresi tutti i rischi, salvo quelli esplicitamente esclusi. I contratti "a rischi nominati" sono evidentemente più complessi e difficili da valutare mentre le polizze "all risk" hanno una struttura molto più lineare e comprensibile.

Come la Rc auto, anche quella professionale prevede l'indennizzo entro il massimale fissato in polizza, anche

se non è previsto un massimale minimo obbligatorio. Alcuni contratti prevedono però anche dei "sottolimiti" di indennizzo: il massimale cioè non è unico, ma differenziato in base alla tipologia di sinistro e questo può limitare l'efficacia della copertura.

Le professioni sanitarie . . .

Un discorso a parte va fatto per i medici e gli operatori sanitari che risultano tra l'altro tra le categorie più esposte al rischio di essere chiamati a rispondere di richieste di risarcimento da parte dei clienti.

L'obbligo di stipulare una polizza di Rc professionale non vale per i dipendenti pubblici del Sistema sanitario nazionale, se non nel caso in cui svolgano attività privata "extramoenia", perché i soggetti danneggiati possono richiedere il risarcimento direttamente all'ente pubblico. Anche i medici dipendenti pubblici, tuttavia, possono avere interesse a stipulare una polizza di Rc individuale, perché esiste la possibilità che il Servizio sanitario nazionale si rivalga nei loro confronti per i risarcimenti eventualmente pagati a pazienti. In questo caso più che mai la polizza è uno strumento per tutelare il patrimonio del professionista.

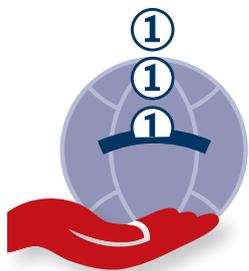
. . . e non solo

Tra le categorie interessate alle polizze di responsabilità civile vi sono inoltre, come ricorda il sito istituzionale dell'Ivass:

- i costruttori di immobili, ai quali la legge impone di stipulare contratti di durata decennale, e con effetto dalla data di ultimazione dei lavori, a beneficio di coloro che acquistano immobili nuovi;
- gli amministratori di condominio, per gli errori professionali che possono generare una richiesta di risarcimento per i danni subiti dai condomini o da altri soggetti. Le polizze di Rc professionale in questo caso prevedono anche il rimborso delle spese legali pagate dall'amministratore per resistere alle azioni giudiziarie promosse dai danneggiati nei suoi confronti;
- i produttori: la Rc professionale prodotti garantisce chi svolge attività industriali per la produzione di beni da eventuali richieste di risarcimento per danni causati a persone o cose da prodotti difettosi inconsapevolmente immessi nel mercato.

ATTENZIONE

Oltre alle esclusioni, occorre valutare con attenzione gli eventuali scoperti e le franchigie, che devono essere adeguati alle dimensioni dell'attività professionale.



NUOVE ESIGENZE
PER L'ETÀ MATURA

Risparmiare con

le "rivalutabili"

Per gli italiani il risparmio è uno degli obiettivi più importanti. Negli ultimi anni, anche a causa della persistente incertezza dovuta alla crisi economica, il tasso di risparmio delle famiglie è ulteriormente cresciuto: secondo gli ultimi dati disponibili dell'Istat, nel terzo trimestre del 2014 la propensione al risparmio degli italiani (rapporto tra risparmio e reddito) è arrivata al 10,8%, con un incremento dell'1,6% rispetto al trimestre precedente e dello 0,9% rispetto a un anno prima.

Molti fattori incidono sul modo in cui il risparmio personale viene investito: la propria cultura finanziaria, la propensione al rischio, l'orizzonte temporale dell'investimento, e altri fattori ancora.

Per chi ha un obiettivo di investimento di lungo periodo, non vuole esporsi a rischi eccessivi, e si preoccupa anche del benessere dei suoi cari, le polizze vita sono da decenni uno degli strumenti più semplici, accessibili e familiari.

Le polizze vita prevedono il pagamento di un **capitale** o di una **rendita** alla scadenza del contratto, fissata di regola almeno cinque anni dopo la sottoscrizione. In cambio l'assicurato versa alla compagnia un **premio**, che può essere unico (un unico versamento in cambio della prestazione finale) o periodico (ripetuto con cadenza annuale, semestrale, eccetera per tutta la durata del contratto).

In caso di premorienza dell'assicurato, il capitale andrà agli eredi o ai beneficiari indicati in polizza. Non tutte le polizze, però, sono uguali.

ATTENZIONE !

Nonostante le modifiche introdotte con la legge di Stabilità 2014, che ha introdotto una tassazione sulle plusvalenze dei capitali corrisposti in caso di morte dell'assicurato, è utile ricordare che i capitali sono e restano esenti dalle imposte di successione.

**Sono le polizze vita
più tradizionali,
adatte a chi cerca un rendimento
costante nel tempo,
e non vuole correre rischi.**

Uno dei prodotti di maggior successo, sul mercato italiano, è rappresentato dalle polizze "**rivalutabili**", da sempre un cavallo di battaglia delle compagnie di assicurazione. Il meccanismo alla base di questi contratti è molto semplice: il denaro raccolto tra i sottoscrittori confluisce in un fondo, denominato "**gestione separata**" perché distinto nettamente dal patrimonio della compagnia.

Il fondo viene a sua volta investito in strumenti finanziari, con l'obiettivo di realizzare un rendimento, una "**rivalutazione**" (di qui il nome delle polizze) nel tempo. Nella scelta dei titoli i gestori prediligono investimenti con un basso livello di rischio: la gran parte dei patrimoni è investita in obbligazioni e titoli di Stato, titoli cioè capaci di generare un flusso di rendimenti costante nel tempo, offrendo una crescita moderata del capitale investito.

Questo tipo di polizze offre un **rendimento minimo**, grazie al quale il capitale si rivaluta anno dopo anno, senza mai ridursi. Ogni anno, inoltre, il guadagno realizzato viene "**consolidato**", messo da parte, e qualunque cosa succeda in seguito, non sarà mai messo in discussione.

In questo tipo di polizze il rischio dell'investimento è a carico dell'impresa di assicurazione, e il cliente ha diritto ad ottenere un capitale minimo, eventualmente rivalutato ad un tasso d'interesse garantito.

Si tratta dunque di strumenti di investimento adatti ai risparmiatori più prudenti, che hanno come obiettivo

la protezione del capitale, e non cercano grandi performance.

Per capire cosa si acquista

Le compagnie devono consegnare ai sottoscrittori delle assicurazioni sulla vita, prima della firma del contratto, un documento, il "*fascicolo informativo*", che deve contenere una serie di informazioni molto dettagliate. A cominciare dai *costi* del contratto.

Tra le diverse voci che li compongono, i più rilevanti sono i *caricamenti*, che vengono calcolati in percentuale sui premi versati, e il cui importo può variare sensibilmente da una compagnia all'altra.

Un'altra voce di costo è legata al modo in cui i rendimenti della gestione separata vengono attribuiti agli assicurati. Il calcolo viene effettuato infatti in base alla cosiddetta aliquota di *retrocessione*, che normalmente è compresa fra l'80% e il 100% del rendimento. Nel caso di un rendimento lordo del 4%, dunque, con una aliquota di retrocessione dell'80%, agli assicurati sarà effettivamente attribuito un rendimento del 3,2%.

Per riassumere in un unico dato tutti i diversi costi che gravano sulle polizze, e consentire dunque un confronto omogeneo tra i prodotti, il fascicolo informativo deve riportare il "*costo percentuale medio annuo*" della polizza, 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 ipoteticamente non gravata da costi.

ATTENZIONE !

Le successive modifiche legislative hanno molto annacquato i vantaggi fiscali che, fino ad alcuni anni fa, caratterizzavano le assicurazioni vita. Dal 1° gennaio 2015 è ammessa soltanto una detrazione, calcolata su un importo massimo di 530 euro, che corrispondono a una detrazione effettiva massima di 100,70 euro all'anno.

Convieni infine prestare attenzione alle informazioni relative al *riscatto* della polizza. Il riscatto consiste nella risoluzione anticipata del contratto da parte del contraente, che decide dunque di non attendere la naturale scadenza, e chiede alla compagnia di restituirgli quanto versato.

ATTENZIONE !

L'operazione di riscatto può essere sottoposta a penalizzazioni, nei primi anni dalla stipula, e possono essere tali da non consentire al contraente di recuperare l'importo versato fino a quel momento alla compagnia.

Per verificare l'andamento

Le compagnie hanno l'obbligo di inviare agli assicurati l'estratto conto annuale, nel quale sono indicati: il tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione, l'aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta, il tasso annuo di rendimento retrocesso, con evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti dall'impresa e il tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.





Se la polizza *sposa i fondi*

Gli investimenti a basso rischio sono, per definizione, investimenti con rendimenti modesti: il loro obiettivo è preservare, proteggere il capitale. La ricerca di una redditività maggiore non può prescindere dal correre qualche rischio in più. Questo è particolarmente vero oggi, che i rendimenti dei titoli di Stato e delle obbligazioni ad alto rating (emesse cioè dai soggetti più affidabili) sono vicini allo zero: si pensi che, su alcune scadenze, i titoli di Stato tedeschi, considerati i più sicuri della zona euro, sono addirittura negativi.

Per rispondere all'esigenza di chi vuole un maggiore rendimento dalla sua polizza vita, il mercato assicurativo ha sviluppato le polizze unit-linked, legate cioè a quote (in inglese unit) di **fondi di investimento**, che possono essere gestiti dalla compagnia stessa o da gestori esterni.

Oltre a un maggiore livello di rischio/rendimento, questi prodotti offrono una maggiore scelta rispetto alle più tradizionali polizze rivalutabili: normalmente le compagnie propongono infatti diversi fondi di investimento, caratterizzati da livelli di rischio differenti: dai più prudenti fondi obbligazionari, agli azionari più dinamici, passando per portafogli bilanciati tra le due tipologie di investimenti.

Questa formula offre agli investitori la possibilità di **scegliere il livello di rischio** che preferiscono, ripartendo i premi versati alla compagnia tra i vari fondi, e combinando tra di loro quelli più o meno prudenti, in modo da realizzare l'equilibrio più appropriato.

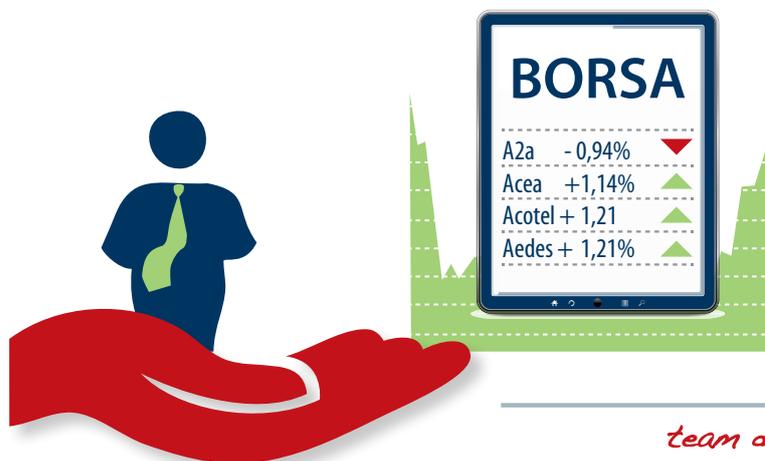
È possibile inoltre **modificare** le caratteristiche dell'investimento nel corso degli anni, adattandole alle diverse fasi della vita dell'assicurato: i più giovani

I contratti unit-linked offrono prospettive di rendimento maggiori, e la possibilità di adeguare l'investimento alle proprie caratteristiche. Anche per quanto riguarda il livello di rischio.

possono infatti scegliere fondi con un livello di rischio maggiore, ma con il passare degli anni conviene ridurre l'esposizione ai mercati azionari, e sostituirla con investimenti più prudenti.

ATTENZIONE !

Nella valutazione dei costi delle unit-linked, occorre considerare, accanto a quelli legati all'acquisizione della polizza da parte della compagnia (i cosiddetti caricamenti), i costi di gestione dei fondi e quelli delle eventuali coperture assicurative (caso morte, ecc.), e quelli connessi con il passaggio tra un fondo e l'altro.



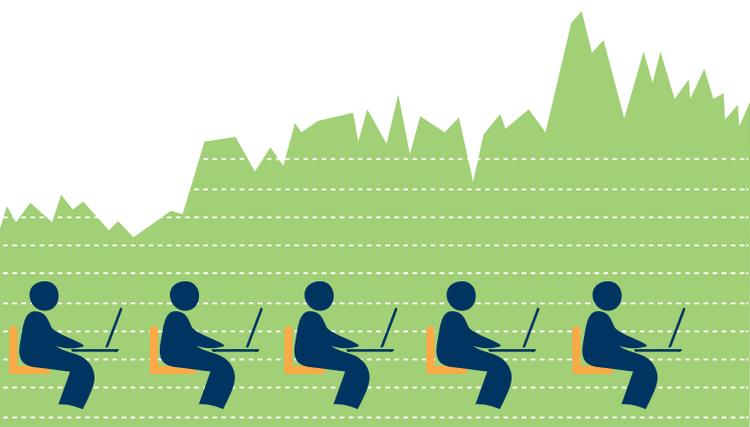
Il rischio dell'investimento

Rispetto alle polizze rivalutabili, le unit-linked sono prodotti con un maggiore *contenuto finanziario*, paragonabile, per molti aspetti, a quello dei fondi di investimento veri e propri. Ciò comporta anche il rischio di conseguire perdite nette dall'investimento: il capitale corrisposto a scadenza, o quello erogato in caso di riscatto anticipato possono essere inferiori alla somma dei premi versati alla compagnia, in caso di andamento sfavorevole dei mercati finanziari e/o dei titoli in cui i fondi sono investiti. Il rischio può essere accentuato nel caso di investimenti con un orizzonte temporale di breve periodo, come avviene per i riscatti realizzati quando sono trascorsi pochi anni dalla sottoscrizione. Alcuni contratti prevedono tuttavia delle garanzie: possono prevedere cioè che la compagnia corrisponda una somma pari almeno alla somma dei premi versati, oppure un capitale minimo a scadenza.

Le informazioni ai sottoscrittori

Le compagnie che emettono polizze unit-linked devono pubblicare giornalmente, su almeno un quotidiano a diffusione nazionale e nel proprio sito internet, il *valore delle quote* dei fondi ai quali le polizze sono collegate, che è la base per determinare le prestazioni dovute.

In considerazione dei rischi connessi all'investimento, la normativa alla quale sono soggette le unit-linked prevede inoltre l'obbligo per le compagnie di *informare i sottoscrittori*, nel caso in cui il valore della polizza si riduca di oltre il 30% rispetto al valore dei premi investiti. L'informativa deve pervenire entro dieci giorni, e deve essere integrata nel caso in cui si verificano ulteriori perdite pari o superiori al 10%.



Specialisti nei fondi di investimenti

Il questionario

Al momento della sottoscrizione del contratto, l'intermediario deve sottoporre al cliente un questionario. Si tratta di una serie di domande che hanno lo scopo di identificare le sue esigenze, la sua situazione finanziaria, il suo profilo di rischio (vale a dire la "quantità" di rischio che è disposto a sopportare) e in generale i suoi obiettivi di investimento. Lo scopo del questionario è consentire all'intermediario di proporre una soluzione adatta alle sue caratteristiche ed esigenze.

Il sottoscrittore può rifiutare di fornire le informazioni richieste, ma in tal caso deve firmare una dichiarazione liberatoria in proposito. Può inoltre scegliere di sottoscrivere un tipo di contratto che l'intermediario non ritiene adeguata a lui; sottoscrittore e intermediario dovranno però firmare una dichiarazione dalla quale devono risultare i motivi per cui l'intermediario la ritiene inadeguata e la volontà del sottoscrittore di stipulare comunque il contratto.

ATTENZIONE

Se si ritiene di non avere sufficienti competenze in materia finanziaria, conviene fornire le informazioni richieste, e affidare la valutazione del prodotto più conveniente all'intermediario che, in questo modo, si assume una responsabilità per quanto riguarda l'adeguatezza della soluzione adottata.

Le polizze multiramo

Recentemente si stanno affermando sul mercato le polizze cosiddette "*multiramo*", che comprendono, in un unico prodotto, una polizza rivalutabile e una unit linked, e quindi un fondo a gestione separata, con le sue caratteristiche di prudenza e sicurezza, e i fondi di investimento, con la loro componente – più o meno elevata – di rischio.

L'obiettivo è dunque duplice: da un lato rispondere, grazie alla componente rivalutabile, all'esigenza di sicurezza, dall'altro offrire la possibilità di ottenere rendimenti più interessanti rispetto a quelli offerti da un investimento a rischio basso o nullo.

L'investimento può essere modulato in base alle caratteristiche del sottoscrittore, attribuendo un peso più o meno elevato alle due componenti, in funzione delle sue esigenze.



Rc e tutela legale: *due polizze per proteggere la famiglia*

Con poche decine di euro all'anno, queste assicurazioni consentono di affrontare con maggiore serenità i guai della vita di tutti i giorni

Tutelare il proprio patrimonio e il proprio reddito, con poche decine di euro all'anno. Chi non lo farebbe? Eppure le polizze di cui parliamo oggi, pur offrendo proprio questo, non sono così diffuse. Ci riferiamo a due tipi di assicurazioni diversi tra loro, ma che hanno in comune l'obiettivo di proteggere individui e famiglie da eventi impreveduti e sgradevoli che possono riguardare la vita di tutti i giorni: i contratti di *responsabilità civile (Rc) della famiglia* e quelli di *tutela legale*.

Disavventure in famiglia

Il ragazzino che, con una pallonata, rompe la finestra del vicino. L'albero caduto sul garage della casa accanto. Il cane che sfugge al guinzaglio e provoca un incidente... Sono infiniti i guai, grandi e piccoli, che possono capitare nella vita di tutti i giorni. E quando questi provocano un danno a cose o persone, è tutt'altro che remota la possibilità di essere chiamati a risponderne. Quando la somma è modesta, metter mano al portafogli può essere solo una seccatura, ma in alcune situazioni le cifre in gioco possono essere rilevanti, tali da mettere in difficoltà un singolo o una famiglia, da pregiudicare il suo patrimonio o il suo reddito.

È a queste eventualità che provvedono le polizze di Rc della famiglia. La copertura riguarda tutti i possibili danni causati involontariamente a terzi dai componenti della famiglia, da persone ad essa legate (come i collaboratori domestici), dagli animali di casa e da cose di proprietà. Il terzo danneggiato è un soggetto estraneo al rapporto tra assicurato e assicuratore: la sua richiesta di risarcimento dei danni è rivolta all'assicurato, e questi, a sua volta, potrà rivolgersi all'assicuratore per l'indennizzo.

È importante ricordare che la tutela vale per i danni causati nella vita privata, e quindi devono derivare da azioni

di carattere quotidiano e non nell'esercizio dell'attività professionale dell'assicurato. Sono altresì esclusi i danni provocati dalla guida di veicoli a motore per cui opera la garanzia Rc auto.

La casa

In gran parte si tratta di eventi legati al fatto di possedere o di essere inquilini di un'*abitazione*: oggetti che cadono da balconi e finestre, distacchi di cornicioni, grondaie o antenne, l'acqua che fuoriesce da un elettrodomestico o dalle tubature, il crollo di un albero del giardino, una fuga di gas. In casi come questi la polizza può coprire le richieste di danni avanzate da terzi, sia per l'abitazione principale, sia per quelle utilizzate saltuariamente.

Se si abita in un condominio, alcuni eventi, come il distacco di cornicioni, sono probabilmente compresi nella polizza globale fabbricati stipulata dall'amministratore: conviene valutarne i contenuti prima di stipulare una polizza individuale.

I figli

Anche se oggi bambini e ragazzi passano probabilmente più tempo davanti al computer o alla play station che giocando in cortile, la vivacità dei componenti più giovani della famiglia può causare qualche danno ai vicini, ai compagni di giochi o ad estranei. Le polizze di responsabilità civile della famiglia intervengono anche in questi casi. Questo vale sempre, se si tratta di fatti di fatti colposi, e cioè involontari. Alcune compagnie prevedono anche (di solito dietro pagamento di un sovrappremio) il risarcimento dei danni provocati da minori che mettono in moto o guidano automobili o motocicli.

ATTENZIONE

Sono escluse dall'indennizzo le conseguenze di atti dolosi (volontari) compiuti dai figli di età compresa fra i 14 e i 18 anni, che pur essendo minorenni sono perseguibili penalmente. Solo alcune compagnie prevedono la possibilità di indennizzo per i fatti dolosi compiuti da figli minori di 14 anni.

I collaboratori domestici

I datori di lavoro sono responsabili per i danni arrecati dal personale domestico (colf, baby sitter, ragazze/i alla pari), durante lo svolgimento del loro lavoro, a terze persone, anche per quelli dolosi. La polizza di responsabilità civile però interviene soltanto relativamente agli atti *colposi*. Un collaboratore domestico che subisce un infortunio nello svolgimento delle sue mansioni, inoltre, può chiedere un risarcimento al datore di lavoro, in aggiunta all'indennizzo dell'Inail. La polizza di Rc può intervenire a risarcire questa somma, ma soltanto se il collaboratore è regolarmente iscritto all'Inps e all'Inail, e il datore di lavoro paga i relativi contributi.

Gli animali

L'assicurazione di Rc della famiglia indennizza l'assicurato anche per i danni che i suoi animali domestici possono arrecare a terzi: i casi più frequenti sono ovviamente i morsi dei cani ad altri animali o a persone, o gli animali sfuggiti al controllo che causano danni o incidenti stradali. Gli animali domestici più mansueti (gatti e cani di piccola taglia per esempio) e gli animali da cortile sono di norma compresi nella polizza base, ma per animali come i cani e i cavalli possono essere previste franchigie e sovrapprezzi.

ATTENZIONE

Non soltanto gli animali esotici, ma anche alcune razze di cani ritenuti feroci possono essere compresi soltanto in polizze su misura. È comunque stato cancellato l'obbligo, previsto da una legge del 2003, di stipulare una polizza di Rc per i cani appartenenti a una serie di razze ritenute pericolose.

Sport e hobby

Le polizze standard comprendono i danni recati a terzi durante la pratica di attività sportive a livello non agonistico e delle attività ricreative più comuni e non pericolose. Per lo sport a livello agonistico e per gli hobby più rischiosi (come per esempio l'aeromodellismo) è necessario studiare garanzie specifiche con la compagnia.

Rc dei veicoli

Le polizze di Rc auto obbligatorie non coprono tutti i rischi legati all'uso di veicoli. Non valgono per esempio nel caso in cui il passeggero di un'auto provoca danni a terzi: l'esempio più comune è quello di chi apre la portiera all'improvviso, urtando un'auto, un ciclista o un passante. In una situazione del genere il rimborso al malcapitato può arrivare da una polizza di Rc familiare stipulata dal passeggero stesso, oppure da una specifica garanzia prevista dalla polizza di Rc auto (Rc dei trasportati) del proprietario del veicolo.

Una polizza per l'avvocato

Le assicurazioni di tutela legale prevedono l'impegno della compagnia a rimborsare all'assicurato le spese di assistenza giudiziale e stragiudiziale che questo deve sostenere per la tutela dei suoi diritti, e quindi le parcelle degli avvocati, e quelle connesse al giudizio, come le perizie. La tutela riguarda principalmente l'ambito civilistico, ma in alcuni casi può riguardare anche la giustizia penale, almeno quando si tratta di fatti colposi.

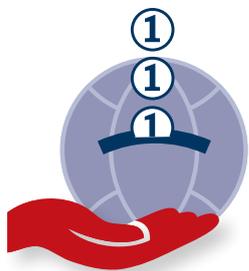
ATTENZIONE

In molti casi arrivare in giudizio è una strada lunga e dispendiosa: avere una polizza di tutela legale non significa approfittare di qualsiasi pretesto per fare causa "gratis". Anzi, le compagnie offrono agli assicurati anche una consulenza professionale, con l'obiettivo di arrivare a una composizione amichevole in tempi rapidi.

Tra le controversie comprese dalle polizze vi sono quelle causate da *inadempienze contrattuali*, proprie o dell'altra parte, le controversie per danni subiti in seguito a *illeciti commessi da terzi*, le vertenze per *danni colposi* causati a terzi dall'assicurato, le controversie relative alla proprietà o locazione dell'*abitazione* abituale o stagionale. Per i lavoratori dipendenti sono comprese anche le controversie con il *datore di lavoro*.

Le polizze di tutela legale possono essere una estensione della garanzia assicurativa Rc auto.

Di regola sono invece escluse le spese legate a responsabilità *extra contrattuali*, le controversie in materia *fiscale, tributaria o amministrativa*, le vertenze legate all'acquisto, alla ristrutturazione e alla trasformazione di *immobili*, le controversie relative al *diritto di famiglia*, successioni e donazioni, e quelle relative ai rapporti patrimoniali e personali *tra i coniugi*.



NUOVE ESIGENZE
PER L'ETÀ MATURA

Un capitale

per il più grave dei rischi

Miste, temporanee, a vita intera... sono molte le soluzioni che, in caso di morte dell'assicurato, consentono ai beneficiari di poter contare su un sostegno economico. Ecco come funzionano

Proteggere la propria famiglia dalle conseguenze economiche che possono derivare dalla propria scomparsa. Garantire il benessere di persone che non fanno parte della famiglia, e quindi sono estranee all'asse ereditario. Ma anche tutelare un'azienda dagli effetti negativi che può avere l'improvvisa morte di una figura chiave, un socio o un dirigente. Le assicurazioni per il caso morte sono un po' come il testamento: non ci si pensa volentieri, ma consentono di risolvere molti problemi, aiutando chi resta ad affrontare un evento doloroso con un po' di serenità almeno per quanto riguarda gli aspetti economici. Le polizze per il caso di morte prevedono infatti il pagamento di *un capitale ai beneficiari* indicati in contratto in caso di decesso dell'assicurato. Coerentemente con questi obiettivi, alcune polizze estendono la copertura assicurativa anche nei casi di *invalidità totale e permanente* dell'assicurato nel corso della durata contrattuale. In tal caso, il contratto si estingue al verificarsi dell'invalidità e non copre anche la morte dell'assicurato.

Vita intera o temporanee

Esistono diversi tipi di contratti. Una prima, fondamentale distinzione è quella tra polizze temporanee e polizze a *vita intera*. Le polizze a vita intera sono le più costose. La compagnia si impegna a pagare il capitale alla morte dell'assicurato, a partire dalla stipula del contratto (salvo eventuali periodi di carenza, come vedremo più avanti) e per il resto della sua vita. In considerazione del fatto che il capitale assicurato liquidato ai beneficiari non è sequestrabile né pignorabile, al prodotto a vita intera possono essere attribuite finalità previdenziali e di risparmio. L'assicurazione *temporanea* invece garantisce il capitale agli eredi o beneficiari soltanto se la morte dell'assicurato avviene durante il periodo coperto dal contratto. Ciò significa che, se l'assicurato è in vita alla scadenza della polizza, i premi versati restano

acquisiti dalla compagnia. La spesa è molto più contenuta rispetto a quella necessaria per una copertura a vita intera. Queste polizze sono di gran lunga le più diffuse. Per esempio, alcune banche richiedono di stipulare un contratto del genere per chi sottoscrive *un mutuo o un prestito*: in caso di decesso della persona che ha ricevuto il finanziamento, il capitale assicurato consente ai suoi eredi di saldare il debito. Ma al di là delle richieste delle banche, una polizza di questo tipo può essere estremamente importante per mettere al riparo i propri cari dalle conseguenze economiche che avrebbe la prematura scomparsa di chi, con il proprio lavoro, contribuisce in maniera determinante al bilancio della famiglia, in particolare quando ci sono figli in tenera età.

ATTENZIONE !

Il capitale assicurato, in una polizza temporanea caso morte, può essere costante o decrescente. La seconda soluzione prevede che la somma assicurata si riduca anno dopo anno, fino ad azzerarsi. Questo comporta ovviamente un costo inferiore rispetto a un contratto che prevede il pagamento della medesima somma per tutta la durata contrattuale, e risponde alle esigenze di chi sottoscrive la polizza in occasione di un mutuo o di un altro finanziamento, dato che la somma assicurata si riduce in parallelo con il debito.

Le polizze miste

Le polizze miste abbinano le garanzie del caso morte con quelle del caso vita. Ciò significa che, come in una polizza per il caso vita, alla scadenza del contratto l'assicurato potrà contare su un capitale o una rendita; in caso di premorienza, inoltre, agli eredi o ai beneficiari sarà corrisposto un capitale. Attenzione: non si tratta della semplice *restituzione* dei premi versati

(prevista comunque dalle assicurazioni caso vita in caso di premorienza) ma di una vera e propria **garanzia per il caso di morte**.

ATTENZIONE

A parità di premi versati una assicurazione mista garantisce una prestazione finale (capitale o rendita) inferiore a quella di una polizza per il caso vita, a causa dell'incidenza della copertura per il caso di morte. Occorre quindi valutare attentamente se esiste una effettiva esigenza di garantire il capitale agli eredi o se il proprio obiettivo è esclusivamente la costituzione di un reddito futuro.

Capitale doppio o triplo

Una garanzia complementare piuttosto diffusa e molto importante è quella che prevede il raddoppio del capitale nel caso in cui la morte avvenga in seguito a **infortunio**; spesso inoltre il capitale viene triplicato se la causa è un **incidente stradale**.

Un'altra garanzia può prevedere il pagamento del capitale in caso di **invalidità** permanente e totale dell'assicurato.

La visita medica

Tutte le polizze per il caso di morte (comprese le miste) possono essere stipulate con o senza visita medica.

La visita ha lo scopo di verificare, anche attraverso accertamenti diagnostici, lo stato di salute dell'assicurato, e quindi consente alla compagnia di **valutare il rischio** che andrà ad assicurare. La visita medica viene effettuata da un medico di fiducia della compagnia.

La visita medica di solito è facoltativa quando il capitale assicurato è una somma relativamente contenuta (non oltre i 100 mila euro).

In assenza di visita medica, la polizza è soggetta ad alcune limitazioni, la principale delle quali consiste nella cosiddetta **carenza**, un periodo, di solito della durata di sei mesi, durante il quale la garanzia non è efficace. Se la morte avviene durante il periodo di carenza la compagnia non paga il capitale assicurato.

L'assicurazione può prevedere prezzi scontati per particolari categorie di soggetti, come ad esempio i non fumatori

ATTENZIONE

In assenza di visita medica, è necessario prestare molta attenzione alle dichiarazioni rilasciate sul proprio stato di salute in fase di stipula del contratto. In caso di decesso dell'assicurato, infatti, la compagnia potrebbe rifiutare di pagare il capitale pattuito se, dall'esame della documentazione sanitaria, risultasse che la morte è conseguenza di patologie non dichiarate dall'assicurato, ma di cui questi era a conoscenza al momento della firma della polizza.

Eredi e non eredi

Una caratteristica importante del capitale corrisposto in base a un'assicurazione per il caso morte è che esso non rientra nell'asse ereditario. I contratti di questo tipo possono dunque essere utilizzati per garantire un lascito a soggetti che non fanno parte della famiglia e quindi non rientrano nell'asse ereditario. Attraverso una polizza vita è inoltre possibile prevedere un trattamento di favore a un erede piuttosto che a un altro, poiché non deve seguire le regole stabilite per le eredità dal codice civile.

Le esclusioni

Come in tutte le assicurazioni, anche quelli per il caso di morte prevedono alcune esclusioni, delle situazioni, cioè, in cui la garanzia non è operante, a cominciare, come sempre, dai fatti derivanti da un'attività dolosa del contraente o del beneficiario. Un'altra esclusione riguarda di norma i casi di suicidio, ma spesso le polizze prevedono l'esclusione soltanto se questo si verifica nei primi due anni dalla firma del contratto.

L'"uomo chiave"

Le polizze per il caso di morte possono garantire non soltanto nell'ambito privato e familiare, ma anche in ambito lavorativo e professionale. In un'azienda, per esempio, la scomparsa del titolare, di un dirigente con un ruolo particolarmente importante o di un socio, può avere conseguenze molto gravi.

A questo provvedono le polizze chiamate "key man", uomo chiave. In questo tipo di contratti, l'azienda è contraente e beneficiaria, e l'assicurato è l'"uomo chiave": in caso di morte di questi, l'azienda avrà un capitale su cui contare, per un importo che sarà stato scelto in base all'importanza del ruolo dell'assicurato.

Novità sul fronte fiscale

Per le assicurazioni sulla vita che prevedono il rischio di morte e invalidità permanente è prevista un'agevolazione fiscale, che consiste nella possibilità di **dedurre**, in sede di dichiarazione dei redditi, **il 19% dell'importo versato**, entro il limite di 530 euro annui.

A partire dal 2015, **le somme liquidate ai beneficiari**, prima esenti, sono invece state assoggettate a tassazione. Si paga un'imposta pari al 12,5 o al 26%, ma soltanto per la **componente finanziaria** della polizza. In sostanza, resta esente da imposte la componente "di puro rischio", quella parte cioè che la compagnia destina alla copertura del rischio morte. Mentre viene tassata la parte investita in strumenti finanziari, come i fondi comuni utilizzati dalle polizze unit-linked: per questa componente l'aliquota sarà del 12,5% per quanto riguarda le somme investite in titoli di Stato, e del 26% per il resto.



Un "piano" per la rendita

I "Pip" sono strumenti previdenziali specificamente studiati per offrire a tutti, lavoratori dipendenti o autonomi, un'integrazione del futuro reddito da pensione.

S secondo i dati più recenti dell'Istat (relativi al 2013) la grande maggioranza dei pensionati italiani, oltre l'80%, ha una rendita *inferiore ai 2 mila euro* al mese. E circa il 40% deve accontentarsi di meno di mille euro.

La recente riforma Fornero, poi, ha esteso a tutti i lavoratori il *metodo contributivo* per il calcolo della rendita: questo è basato sui contributi effettivamente versati anziché sulla media delle ultime retribuzioni percepite, e porterà a una ulteriore riduzione degli assegni pensionistici, alla quale l'innalzamento dell'*età pensionabile*, anch'esso previsto dalla riforma, ovvierà soltanto in parte.

Insomma, per la maggior parte dei cittadini, il problema del futuro previdenziale è uno dei più rilevanti, e diventa sempre più urgente affrontarlo per tempo. Ciò significa, essenzialmente, destinare una parte del proprio risparmio alla previdenza: investire cioè in modo da poter contare, quando sarà il momento di andare in pensione, su *una rendita* con la quale *integrare* l'assegno della previdenza pubblica, per assicurarsi una vecchiaia il più possibile serena e protetta dal punto di vista economico.

Uno degli strumenti più apprezzati, per realizzare questo obiettivo, è rappresentato dai "*Pip*", un acronimo che sta per "*piani individuali pensionistici*".

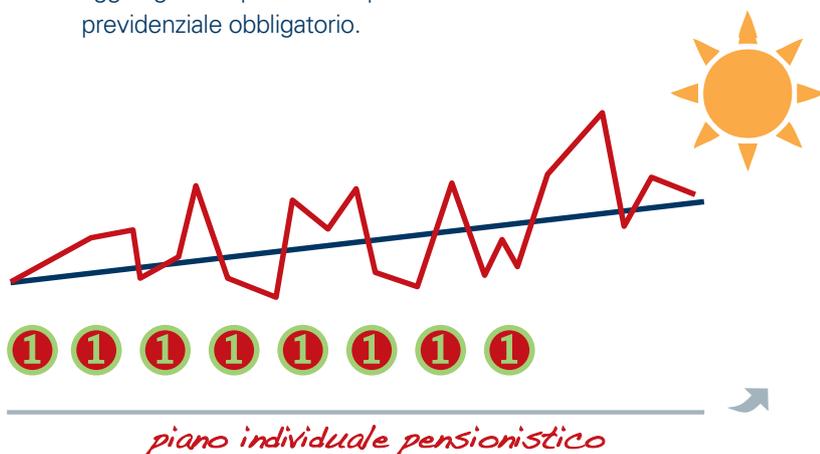
Si tratta di strumenti assicurativi, che rientrano a pieno titolo nel settore, e nella normativa, della *previdenza integrativa*, disciplinata dalla riforma del 2007. I Pip sono iscritti all'albo dei fondi pensione, e sono soggetti alla vigilanza della Covip.

Ai Pip può aderire *chiunque*, indipendentemente dalla sua situazione lavorativa. Non solo lavoratori dipendenti o autonomi, dunque, ma anche persone non occupate: per esempio, un genitore può pensare di sottoscrivere un Pip a favore di un figlio ancora studente, per aiutarlo ad avviare un piano di investimenti che proseguirà durante la vita lavorativa, così come un coniuge può alimentare un Pip a favore dell'altro.

L'obiettivo in ogni caso è preconstituire una rendita integrativa, che sarà incassata a partire dalla data del pensionamento, con almeno cinque anni di partecipazione al piano: un assegno che andrà ad aggiungersi a quello dell'Inps o di un altro ente previdenziale obbligatorio.



**+
RISCHIO**
**-
RISCHIO**



È possibile anche chiedere, alla scadenza, la liquidazione di un **capitale** pari a non oltre il 50% della somma accumulata. Il capitale può arrivare al 100% della somma accumulata soltanto nel caso in cui la conversione in rendita del 70% della somma accumulata risulti inferiore alla metà dell'importo annuo dell'assegno sociale.

Il valore della prestazione, oltre a dipendere dai contributi versati, dalla loro rivalutazione annuale, dai costi applicati, è correlato, alla **speranza di vita** del soggetto al momento del pensionamento.

La rendita vitalizia può in alcuni casi essere **reversibile**, corrisposta cioè all'aderente finché è in vita e successivamente, in misura totale o per quota scelta dall'aderente stesso, alla persona da lui designata.

ATTENZIONE !

La normativa stabilisce in maniera dettagliata quali informazioni devono essere fornite ai sottoscrittori prima della firma. In particolare nella Nota informativa sono riportate tra l'altro informazioni sulle modalità dell'adesione, entità della contribuzione e periodicità dei versamenti, caratteristiche dei fondi in cui il Pip investe, opzioni di investimento e rendimenti ottenuti negli ultimi cinque anni dai fondi, rischi connessi all'investimento, costi, informazioni relative alla società promotrice del Pip, alla banca depositaria.

Gli anticipi

Durante la fase di accumulo, l'iscritto può chiedere **anticipazioni** sulla propria posizione individuale per motivi sanitari o per l'acquisto della casa.

Gli anticipi finalizzati a **spese sanitarie** possono essere richiesti in qualsiasi momento se si tratta di "gravissime situazioni", per terapie e interventi straordinari, anche per il coniuge e i figli, e possono arrivare fino al 75% del capitale accumulato nel Pip. Per chiedere un anticipo per l'acquisto della **casa** occorre invece che siano trascorsi almeno otto anni dall'iscrizione; il lavoratore può chiedere fino al 75% della somma maturata per finanziare l'acquisto o la ristrutturazione della prima casa per sé o per i figli.

Come si alimenta il piano

I piani sono alimentati dai **contributi** dell'iscritto. L'entità dei contributi viene definita al momento della sottoscrizione del contratto, ma è possibile in seguito modificarla. I lavoratori dipendenti possono versare al Pip anche il proprio **Tfr**, il trattamento di fine rapporto

e possono richiedere al datore di lavoro che contribuisca al piano.

Conviene inoltre ricordare che i contributi versati alla previdenza integrativa sono **deducibili dal reddito** fino a 5.164 euro l'anno. In pratica questo si traduce, con versamenti pari o superiore ai 5.164 euro, in un **risparmio fiscale** compreso tra i 1.187 e i 2.220 euro all'anno (a seconda della propria fascia di reddito).

Per chi ha iniziato a lavorare dopo il **1° gennaio 2007**, c'è un'ulteriore agevolazione: a partire dal sesto anno di adesione al Pip, e per i 20 anni successivi, potranno superare il limite di 5.164,57 euro di deducibilità, per una cifra complessiva pari alla differenza tra 25.822,85 euro e il totale dei contributi versati nei primi cinque anni. In pratica, per questi lavoratori, l'importo massimo deducibile, a partire dal sesto anno, sale a **7.746,86 euro**.

I fondi

Per realizzare la prestazione finale le compagnie di assicurazione che gestiscono i Pip utilizzano due tipi di strumenti: i fondi a gestione separata, tipici delle polizze rivalutabili, e le polizze di tipo unit linked, che utilizzano veri e propri fondi di investimento. Alcuni Pip, inoltre, offrono una combinazione tra questi due prodotti.

ATTENZIONE !

Ogni anno il Pip invia agli iscritti una comunicazione periodica contenente le informazioni relative alla posizione individuale: contributi versati, andamento dell'investimento, e stima della rendita che sarà versata al momento del pensionamento.

I costi

Per aiutare gli iscritti, o aspiranti iscritti, ai Pip, a valutare l'entità dei costi applicati dalle compagnie di assicurazione, la Covip ha previsto l'obbligo di rendere noto, attraverso il sito istituzionale della commissione stessa (www.covip.it), l'**indicatore sintetico dei costi** o **Isc**. Si tratta di una stima delle spese che gravano a vario titolo (costi sui versamenti, commissioni di gestione ecc.) sugli aderenti nella fase di accumulo. L'indicatore è riportato come valore percentuale che grava ogni anno sulla posizione individuale. E poiché alcuni costi (come quelli legati all'iscrizione) hanno un impatto decrescente nel tempo, viene calcolato per differenti periodi di partecipazione (due, cinque, dieci e 35 anni) al Pip.



UNA VECCHIAIA
SERENA

Pensioni integrative, le regole dei fondi

Aperti o chiusi, possono essere utilizzati dai lavoratori dipendenti o autonomi per garantirsi una rendita integrativa. Ecco come funzionano.

La previdenza integrativa, in Italia, si fonda su due tipi di strumenti: i Pip, o piani individuali previdenziali, e i fondi pensione. A loro volta i fondi pensione si distinguono in due tipologie: i fondi negoziali o “chiusi” e i fondi aperti. I primi sono istituiti in seguito ad accordi tra i datori di lavoro (o le loro associazioni) e i rappresentanti dei lavoratori, all’interno di settori industriali, di singole aziende, o di aree geografiche. Questi fondi vengono definiti *chiusi* perché l’adesione è riservata ai lavoratori interessati dagli accordi.

È invece libera per chiunque l’adesione ai fondi pensione *aperti*, istituiti da banche, società di assicurazioni, Sgr (società di gestione del risparmio) o Sim (società di intermediazione mobiliare).

L’obiettivo, in ogni caso, è offrire, nel momento in cui i lavoratori iscritti andranno in pensione, una *rendita integrativa*, una rendita cioè che, mensilmente, si aggiunga a quella erogata dall’Inps o da un altro ente previdenziale obbligatorio.

Come si alimenta il fondo

Mentre i lavoratori autonomi e i liberi professionisti possono contare soltanto sui propri contributi per alimentare il fondo, i lavoratori dipendenti possono contare anche sul contributo del datore di lavoro e sul Tfr, il trattamento di fine rapporto.

Il *Tfr* è la tradizionale liquidazione: una somma che, al termine del rapporto di lavoro, viene pagata ai lavoratori dal datore di lavoro che, a questo scopo, ogni anno accantona una certa somma (il 6,91 % della retribuzione). Chi viene assunto per la prima volta in un’azienda privata può decidere se *destinare il suo Tfr a una forma di previdenza integrativa o mantenerlo in azienda*, con le modalità appena

viste, e incassarlo alla fine del rapporto di lavoro. La scelta di destinare il Tfr a un fondo pensione può anche essere esercitata in un secondo momento, e varrà per il Tfr maturato da quel momento in poi.

In mancanza di una scelta esplicita, il Tfr viene *automaticamente* destinato al fondo pensione previsto dal contratto di lavoro o, in assenza di un fondo specifico, a Fondinps, che è il fondo pensione appositamente costituito dall’Inps.

I *lavoratori pubblici* possono destinare il loro Tfr alla previdenza complementare solo se esiste un fondo pensione di riferimento per la tua categoria.

L’entità dei *contributi del datore di lavoro* e di quelli dei lavoratori viene definita dall’accordo che istituisce il fondo negoziale.

Tutti i versamenti (contributi e Tfr per i dipendenti, contributi del lavoratore per gli altri) vengono accumulati nel tempo, e investiti in strumenti finanziari con l’obiettivo di ottenere una rivalutazione. Al termine del periodo di contribuzione, si sarà formato così un capitale, chiamato “montante *individuale*”: al momento del pensionamento, questo viene trasformato in una rendita, la pensione integrativa.

L’*entità della rendita* dipende dunque dai contributi complessivi – e quindi da quanto si versa ogni anno, e dalla durata del piano contributivo – e dai rendimenti ottenuti dal fondo pensione. In negativo incidono, invece, i costi: a parità di contributi versati, un fondo con un livello di costi più contenuto offrirà una pensione che potrà essere anche significativamente superiore a quella di un fondo più costoso. Per questo è importante verificare l’*Isc del fondo*, ovvero l’indicatore sintetico che, in percentuale, indica l’incidenza sul fondo di tutti gli oneri previsti a carico dei partecipanti, e che può essere verificato anche sul sito della Covip (l’autorità di vigilanza del settore).

ATTENZIONE

È importante contribuire alla previdenza complementare fin dall'inizio della carriera. Questo consente di accumulare una quantità maggiore di contributi che, rivalutandosi anno dopo anno, offriranno una rendita tanto maggiore quanto più lunga sarà stata la permanenza nel fondo.

Inoltre, più si attende, più pesante sarà il sacrificio necessario per ottenere, in termini di rendita, lo stesso risultato.

La gestione degli investimenti

Nei fondi negoziali, la *gestione degli investimenti* è affidata a investitori professionali (banche, assicurazioni, Sgr, Sim). Nei fondi pensione, gli investimenti sono gestiti direttamente dalla società che ha istituito il fondo. Le risorse dei fondi pensione sono in ogni caso un patrimonio autonomo e separato rispetto a quello del gestore: anche nell'eventualità di un fallimento di quest'ultimo, il patrimonio dei fondi non viene in nessun modo intaccato.

I singoli aderenti ai fondi hanno diverse opzioni per quanto riguarda il tipo di investimento. I fondi offrono infatti la scelta tra diversi *comparti*, differenziati in base agli strumenti finanziari in cui investono e quindi al profilo di *rischio e rendimento*. In linea di massima ogni fondo presenta: una linea *azionaria*, con un profilo di rischio maggiore, ma anche, nel lungo termine, maggiori prospettive di rendimento; una *obbligazionaria*, che investe in titoli di Stato e obbligazioni, con un livello di rischio contenuto; una *bilanciata*, con caratteristiche intermedie fra le due; e una *garantita*, con una garanzia di rendimento minimo e/o di restituzione del capitale (che al momento del pensionamento non potrà dunque essere inferiore al totale dei contributi versati).

Lo scopo di questa diversificazione degli investimenti è offrire ai lavoratori più giovani di approfittare delle maggiori opportunità di rendimento che caratterizzano le linee azionarie, ma anche di mettere al riparo dai rischi il capitale accumulato se il momento della pensione è più vicino. Diversi gestori offrono per questo motivo il servizio *life cycle* che, a partire da un investimento prevalentemente azionario, quando l'iscritto è più giovane, con il passare degli anni sposta via via il capitale verso le linee più prudenti, in maniera programmata e automatica.

A causa delle loro finalità previdenziali, i fondi pensione sono tenuti a rispettare *regole di prudenza* particolarmente rigorose, evitando gli investimenti speculativi di breve periodo, diversificando adeguatamente il portafoglio e rispettando precisi limiti quantitativi per quanto riguarda gli impieghi più rischiosi.

La pensione complementare

Il diritto alla rendita, cioè alla pensione complementare, scatta nel momento in cui si raggiungono i requisiti previsti per la pensione obbligatoria, e con una partecipazione minima di cinque anni al fondo. La rendita può essere *reversibile* al coniuge o un'altra persona indicata dall'iscritto. Al momento del pensionamento, è possibile chiedere la liquidazione di non oltre il 50% del montante individuale. La rendita da incassare sarà, ovviamente, ridotta in proporzione. Analogamente, la rendita finale può risultare ridottasi l'iscritto al fondo pensione, durante la fase di contribuzione, ha chiesto *anticipazioni*. Queste sono consentite solamente in relazione ad alcune tipologie di spese particolarmente importanti (legate alla salute o all'acquisto/ristrutturazione della prima casa, per sé o per i figli), regolate dalla legge.

Il fisco

I *contributi* versati ai fondi pensione possono essere dedotti dal reddito complessivo, fino al limite di 5.164,57 euro all'anno. Nell'importo sono compresi anche i contributi del datore di lavoro, ma non la quota di Tfr. La deducibilità si traduce in un risparmio dell'Irpef da pagare, variabile in base all'entità dei contributi e del reddito, come si può vedere dagli esempi riportati nella tabella qui sotto. I *rendimenti finanziari* conseguiti dai fondi pensione sono tassati con un'aliquota del 20%, contro il 26% previsto per la maggior parte delle forme di risparmio finanziario. L'aliquota è ridotta tuttavia al 12,5% per quanto riguarda alcune categorie di investimenti dei fondi, in particolare i titoli di Stato.

La tassazione è infine particolarmente favorevole per quanto riguarda la *rendita*, soggetta a un'aliquota che si riduce al crescere degli anni di partecipazione alla previdenza complementare. Per i primi 15 anni l'aliquota è pari al 15%; dal 16° anno si riduce dello 0,30% per ogni anno di partecipazione, fino a un limite massimo del 6%: con almeno 35 anni di partecipazione, dunque, l'aliquota scende al 9%.

Non tutta la rendita inoltre viene tassata, ma soltanto la parte corrispondente ai contributi che sono stati dedotti dal reddito durante il periodo di contribuzione.

ATTENZIONE

Il rendimento dei fondi pensione viene generalmente confrontato con quello del Tfr perché, come abbiamo visto, per i lavoratori dipendenti si pone la scelta tra l'uno e l'altro impiego.

Il rendimento dei fondi pensione è variabile, di anno in anno, in base all'andamento dei mercati finanziari. Il Tfr, invece, si rivaluta ogni anno a un tasso pari all'1,5% fisso, più il 75% dell'inflazione.



Ltc, una polizza per *una vecchiaia serena*

**Le “long term care”
sono assicurazioni
che pagano una
rendita vitalizia
in caso di perdita
dell’autosufficienza da
parte dell’assicurato.**

Uno su cinque nel 2014, uno su quattro nel 2030, uno su tre nel 2050: secondo le proiezioni dell’Istat la percentuale degli *ultrasessantacinquenni* in Italia è destinata a crescere a un ritmo sempre più accelerato.

L’allungamento dell’aspettativa di vita è ovviamente una buona notizia, tuttavia in una società come la nostra non è compensata da una crescita della popolazione, e quindi rischia di creare squilibri. Una popolazione anziana, inoltre, è più esposta alle malattie e al rischio di non essere in grado di sbrigare da sola le normali incombenze della vita quotidiana: rischia quella che viene definita “*non autosufficienza*”.

Oltre a una pianificazione previdenziale, che ci consenta di poter contare su una rendita integrativa della pensione, dunque, è importante provvedere per tempo all’eventualità che la vecchiaia, o una malattia, ci rendano dipendenti da altri, familiari o altre persone di cura. A questo provvedono le assicurazioni “*long term care*”, o Ltc: si tratta infatti di polizze che garantiscono agli assicurati, in caso di perdita dell’autosufficienza, un sostegno economico, una rendita con la quale provvedere finanziariamente alle necessità legate alla perdita totale, permanente e irreversibile della capacità di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana.

La perdita dell’autosufficienza viene riconosciuta quando un soggetto non è più in grado di svolgere, in modo verosimilmente permanente, un numero minimo (in genere tre su sei) di queste *attività quotidiane di vita*: lavarsi, vestirsi e spogliarsi, utilizzare i servizi, trasferirsi dal letto alla poltrona e viceversa, controllarsi nella continenza, alimentarsi autonomamente.

Dal momento in cui si verifica la condizione di non autosufficienza, e per tutta la vita, l’assicurato riceverà dunque una *rendita mensile*. L’entità della rendita viene definita in fase di sottoscrizione del contratto, ma normalmente è compresa tra i 500 e i 2.500 euro al mese. Il premio

da pagare sarà dunque determinato in funzione della rendita desiderata, oltre che dell'età dell'assicurato.

La sottoscrizione è, di regola, possibile fino all'età di 70 anni.

ATTENZIONE !

Prima di sottoscrivere il contratto, l'assicurato deve compilare un questionario sul suo stato di salute. È indispensabile farlo in modo scrupoloso, perché se si riscontrasse che sono state sottaciute eventuali malattie pregresse o in corso, la compagnia, a norma del Codice civile, potrebbe rifiutarsi di pagare, in tutto o in parte, la prestazione.

La polizza è operante solo se l'assicurato è *in regola con il pagamento* dei premi: se smettesse di pagare i premi, anche dopo molti anni dalla firma della polizza, perderebbe ogni diritto a ricevere la rendita. Sulla polizza, inoltre, non sono ammessi

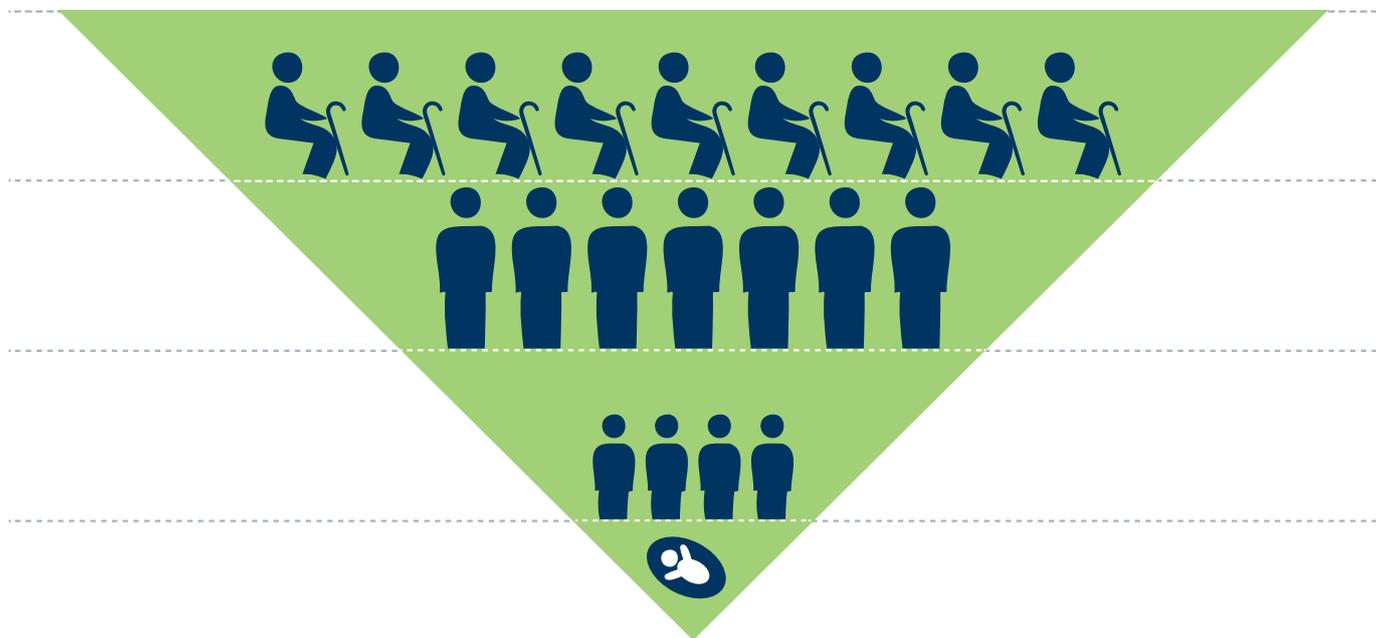
riscatti, e quindi ciò che si è pagato non può essere restituito neanche parzialmente. In caso di decesso dell'assicurato durante il periodo di validità del contratto, esso si risolve di diritto, e nulla è dovuto dalla compagnia a suoi eventuali eredi.

In funzione della loro rilevanza sociale, le polizze Ltc godono di *un'agevolazione fiscale*, che consiste nella detraibilità del 19% dei premi versati annualmente, fino al limite di 1.291 euro all'anno.

ATTENZIONE !

Nel contratto, in cambio di una maggiorazione del premio, può essere prevista una specifica clausola "di restituzione", che obbliga la compagnia di assicurazione a restituire all'assicurato il capitale maturato se, al raggiungimento di una età prefissata, la condizione di non autosufficienza non si è manifestata.

allungamento della vita



diminuzione delle nascite