



INCONTRI DI FORMAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI DEI CONSUMATORI



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



4^a Giornata: Le assicurazioni dei rami danni

I prodotti assicurativi danni destinati al segmento persone: Infortunati, Malattia

PAOLA BALDELLI

SERVIZIO VIGILANZA CONDOTTA DI MERCATO

DIVISIONE VIGILANZA PRODOTTI

IVASS – 11 Dicembre 2019

Le assicurazioni contro i danni alla persona

Rientrano in questa categoria quelle assicurazioni che sono rivolte a riparare il danno economico (che si vuole valutare preventivamente al momento della conclusione del contratto) derivante da una menomazione della capacità produttiva della persona.

Sono tali:

- le assicurazioni contro le malattie e l'invalidità;
- l'assicurazione contro gli infortuni che, garantendo in genere sia il rischio morte sia quello dell'invalidità permanente (IP) o temporanea (IT) derivante da infortunio, partecipa di talune caratteristiche comuni alle polizze dei rami vita.

RISCHIO ASSICURATO

La prestazione dell'assicuratore vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento «**delle attività professionali principali e secondarie**» nonché di «**ogni altra attività che l'assicurato svolga senza carattere di professionalità (attività extraprofessionale)**».

Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, ancorché non prevalente, occorre tenerne conto applicando il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio.

Relativamente al significato dell'attività non professionale, qualche impresa delimita la garanzia, «allo svolgimento di ogni altra **normale** attività che non abbia carattere professionale».

Coperture complete:
infortuni professionali
ed extraprofessionali

solo Infortuni
extraprofessionali

solo Infortuni professionali

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

- In caso di **morte** dell'assicurato l'indennizzo deve essere liquidato ai beneficiari designati dall'assicurato o, in mancanza di tale designazione, agli eredi in parti uguali.

La morte, secondo tendenze generalizzate del mercato, deve verificarsi entro uno/due anni dal giorno dell'infortunio quale conseguenza dello stesso. Se la morte avviene dopo che è stato pagato un indennizzo per invalidità permanente e sempre che sia conseguenza dello stesso infortunio, **non può esservi cumulo fra le due indennità:**

se l'indennizzo dovuto per il caso di morte supera quello pagato per IP, viene corrisposta soltanto la differenza.

- ***L'invalidità permanente*** è definita: «*la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione*».

I contratti disciplinano i **criteri** da seguire per l'**erogazione delle prestazioni** nel caso in cui dall'infortunio sia derivata un'invalidità permanente:

a) definitiva totale; b) definitiva parziale conseguente ad una menomazione specificamente prevista dal contratto, dovuta alla perdita anatomica o funzionale di arti o organi; **c) definitiva parziale** conseguente ad una menomazione non prevista dal contratto:

- in caso di minorazione anziché di perdita di un arto o organo
- menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto



riferimento ai criteri indicati ***tenendo conto della diminuita capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione***

 TABELLA prevista contrattualmente

In alternativa, le imprese offrono copertura facendo riferimento alla tabella INAIL per l'industria (D.P.R. n.1124 del 30/6/1965).

Criteri d'indennizzabilità

L'assicuratore è obbligato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio: se al momento dell'infortunio l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Attività diverse da quella dichiarata

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata senza che l'assicurato ne abbia dato comunicazione alla società, l'assicuratore si impegna a corrispondere integralmente l'indennizzo se l'attività diversa non aggrava il rischio ed a corrisponderlo in misura ridotta se la diversa attività aggrava il rischio.

La percentuale della riduzione risulta da un criterio fissato contrattualmente che fa riferimento ad una lista delle attività riportate in un allegato al contratto contenente il corrispondente indice di rischio. Per la classificazione di eventuali attività non specificate in tabella il contratto rinvia a criteri di equivalenza e/o analogia fra le attività elencate.

Classe di rischio **A**: commercialista,, impiegato, ingegnere che non accede a cantieri,....

Classe di rischio **B**: addetto alle pulizie, agricoltore senza uso di trattore,.....

Classe di rischio **C**: antennista, ballerina, carpentiere,.....

Classe di rischio **D**: abbattitore di piante, disinfestatore, macellaio, meccanico,

- ❑ Per la copertura dell'**inabilità temporanea totale**, totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate, l'assicuratore deve corrispondere l'indennità pattuita in misura integrale per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato in tale condizione.

➤ L'indennizzo non può superare 365 giorni e viene ridotto alla metà se l'assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni.

Le somme dovute per inabilità temporanea sono cumulabili con quelle dovute per invalidità permanente.

- ❑ Prestazioni aggiuntive:
 - **indennità di ricovero** (indennità per le piccole spese, talvolta indimostrabili, alle quali l'infortunato o i suoi familiari devono far fronte in caso di ricovero in ospedale o casa di cura).

Garanzia cumulabile con quella dell'inabilità temporanea.

- **rimborso delle spese sanitarie a seguito di infortunio** (rimborso, fino a concorrenza di un massimale indicato in polizza, delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, visite mediche, onorari del chirurgo, diritti di sala operatoria, apparecchi protesici, rette di degenza, trattamenti rieducativi).

- ❑ **Lo sviluppo dell'assicurazione malattia si è avuto in concomitanza con la grande riforma sanitaria che estendendo la protezione a tutti i cittadini e coprendo meno ciascuno di essi ha trasferito il bisogno eccedente alla libera previdenza.**
- ❑ **L'assicurazione malattie, in quanto assicurazione dei danni alla persona, copre i rischi dell'inabilità temporanea e dell'invalidità permanente.**

Le assicurazioni più diffuse del rischio malattia in Italia sono quelle che garantiscono il rimborso delle spese di cura.

€ 2,9 miliardi di premi nel 2018

€ 2,2 mld di premi per rimborso spese mediche (78%)

€ 0,2 mld di premi per invalidità permanente (9%)

€ 0,18 mld di premi per indennità giornaliera da ricovero in istituto di cura (6%)

Il 76% della raccolta riguarda polizze collettive e

l'82% dei relativi premi riguarda la copertura «rimborso spese mediche»

- **DEFINIZIONE di MALATTIA più frequente nei testi contrattuali:**
«ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio»
- **EVOLUTIVITA' e DINAMICITA' della malattia rispetto a situazioni discrezionali**
- **RISCHIO MALATTIA vs RISCHIO SALUTE**



Solitamente, prima della conclusione del contratto la compagnia, per raccogliere le informazioni necessarie per valutare il rischio che assume e determinarne il **premio**, chiedono di compilare un questionario sullo stato di salute (sulle precedenti malattie o sugli infortuni già subiti), c.d. **questionario anamnestico** o **questionario sanitario**.

Rendendo dichiarazioni inesatte o reticenti si può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'indennizzo (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

Il questionario ha anche la funzione di far riflettere su malattie e menomazioni delle quali non si è a volte in grado di apprezzare l'importanza, col rischio di compiere involontarie omissioni. Ad esempio, in caso di richiesta di conoscere eventuali precedenti interventi chirurgici, dovranno sempre essere dichiarati tutti, inclusi eventuali parti cesarei.

Le **coperture collettive** sono tra l'altro caratterizzate, a differenza di quelle individuali, da un processo assuntivo non polarizzato sulle condizioni di salute dei singoli assicurati bensì sulle caratteristiche complessive del pool degli assicurati.

Grazie per l'attenzione