

# Assicurazioni

COME, QUANDO, PERCHÉ



## **ASSICURAZIONI**

### **Come, quando e perché**

© 2018 Altroconsumo Edizioni S.r.l.  
via Valassina 22 – 20159 Milano  
Testi a cura di **Alberto Panigada**

© 2003, 2014 Altroconsumo Edizioni S.r.l.

ISBN 978-88-99780-37-1

Coordinamento editoriale: Sonia Basili  
Redazione: Marta Buonadonna  
Copertina e impaginazione: Sara Cattaneo

Tutti i diritti di traduzione, riproduzione, memorizzazione elettronica e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i paesi

#### **Le pubblicazioni di ALTROCONSUMO**

Per consultare il catalogo completo dei nostri libri vai su  
> [altroconsumo.it/inpratica](http://altroconsumo.it/inpratica)

Per conoscere tutte le nostre attività e pubblicazioni vai su  
> [altroconsumo.it/chisiamo](http://altroconsumo.it/chisiamo)

# **Assicurazioni**

COME, QUANDO, PERCHÉ

### **AVVISO PER GLI UTENTI**

Cliccando sui link dei siti indicati nel testo potrebbe aprirsi una finestra di “Avviso di protezione”. In tal caso si potrà proseguire nella navigazione, poiché i link sono stati controllati prima della pubblicazione della guida.

### **AVVERTENZA**

La nostra missione è tutelare i tuoi diritti di consumatore, fornendoti gli strumenti utili a difenderti e a farti valere in ogni contesto della vita quotidiana. Ci impegniamo ogni giorno, cercando di offrirti un’informazione corretta, completa e sempre aggiornata al momento in cui scriviamo.

Tutto, però, è in continua evoluzione e, quando prenderai in mano questa guida, qualcosa potrebbe essere cambiato.

Per stare al passo con gli argomenti che ti interessano, non dimenticare di consultare le nostre riviste e di collegarti al sito [www.altroconsumo.it](http://www.altroconsumo.it). Qui potrai sempre trovare le ultime news e sapere quando sarà disponibile una nuova edizione di questa guida.

# Sommario

<u>Introduzione</u> .....	<u>9</u>
---------------------------	----------

## **PARTE PRIMA – Il contratto di assicurazione**

### **Capitolo 1 – Le regole generali**

Le compagnie di assicurazione .....	<u>13</u>
I canali di vendita.....	<u>14</u>
Contraente, assicurato, beneficiario e aderente .....	<u>17</u>
L'IVASS .....	<u>18</u>
La CONSAP.....	<u>18</u>
Il contratto.....	<u>19</u>
Il rischio.....	<u>21</u>
La durata .....	<u>26</u>
Il premio .....	<u>27</u>
La documentazione assicurativa .....	<u>31</u>
Il valore assicurato .....	<u>33</u>

La quietanza..... 34  
La prescrizione ..... 35

**Capitolo 2 – Come difendersi**

La richiesta di informazioni..... 37  
Il reclamo ..... 38  
Il ricorso agli enti di controllo..... 39  
La mediazione e la negoziazione assistita ..... 40  
Altre procedure di risoluzione amichevole delle controversie ..... 41  
Le azioni giudiziali ..... 42  
L'arbitrato ..... 42

**PARTE SECONDA – L'assicurazione contro i danni**

**Capitolo 3 – Principi generali**

Le informazioni precontrattuali ..... 47  
La durata ..... 48  
Il sinistro ..... 49  
Gli obblighi dell'assicurato ..... 50  
Come farsi risarcire ..... 51

**Capitolo 4 – Infortuni e malattia**

Assicurarsi contro gli infortuni ..... 55  
Assicurarsi contro le malattie ..... 62  
Le polizze contro la perdita dell'autosufficienza ..... 68

**Capitolo 5 – Casa, famiglia, mutui e prestiti**

La responsabilità civile ..... 71  
L'assicurazione contro il furto in casa ..... 77  
L'incendio e le altre coperture ..... 78  
La liquidazione del danno per le polizze abitazione ..... 80

Le polizze legate a mutui e prestiti .....	<b>84</b>
Le polizze di assistenza.....	<b>86</b>
Le assicurazioni di tutela giudiziaria .....	<b>88</b>

## **Capitolo 6 – Rc auto**

Il contratto .....	<b>92</b>
Il premio .....	<b>95</b>
Le diverse forme tariffarie .....	<b>98</b>
L’attestato di rischio.....	<b>105</b>
Cosa può accadere durante il contratto .....	<b>106</b>

## **Capitolo 7 – Il risarcimento dei danni da incidente stradale**

Il modulo blu .....	<b>109</b>
Due veicoli: indennizzo diretto.....	<b>110</b>
La procedura ordinaria.....	<b>113</b>
Il risarcimento del terzo trasportato .....	<b>113</b>
Se la compagnia non paga .....	<b>113</b>
Il Fondo di garanzia per le vittime della strada.....	<b>115</b>
Incidenti con veicoli stranieri .....	<b>116</b>
La liquidazione del risarcimento.....	<b>118</b>

## **Capitolo 8 – Le altre assicurazioni per i veicoli**

Furto e rapina .....	<b>124</b>
Incendio .....	<b>125</b>
Kasko .....	<b>126</b>
Assistenza .....	<b>127</b>
Atti vandalici .....	<b>127</b>
Eventi atmosferici .....	<b>128</b>
Cristalli .....	<b>128</b>
Cosa fare in caso di sinistro .....	<b>128</b>
Il degrado dell’auto .....	<b>129</b>

## **PARTE TERZA – L’assicurazione sulla vita**

### **Capitolo 9 – Principi generali**

La documentazione informativa.....	<b><u>133</u></b>
La stipula .....	<b><u>135</u></b>
Il premio .....	<b><u>137</u></b>
Capitale o rendita .....	<b><u>142</u></b>

### **Capitolo 10 – Le diverse coperture assicurative sulla vita**

La polizza caso morte .....	<b><u>145</u></b>
Le polizze d’investimento.....	<b><u>148</u></b>
Le polizze index linked e unit linked .....	<b><u>150</u></b>
I piani individuali pensionistici.....	<b><u>151</u></b>
Le assicurazioni miste e quelle complementari .....	<b><u>153</u></b>

### **Appendice – I modelli di lettera**

Modelli da 1 a 28 .....	<b><u>156</u></b>
<b><u>Indice analitico</u></b> .....	<b><u>187</u></b>
<b><u>Indice dei modelli</u></b> .....	<b><u>191</u></b>



# Introduzione

Vengono guardate con diffidenza, ma farne a meno è impossibile. Questo è un pensiero comune quando si parla di polizze assicurative. La diffidenza nasce dall'esperienza di chi, pensando di avere una copertura in un momento di bisogno, si è trovato ad avere a che fare con discussioni, cavilli e procedure complesse e lunghe. Ovvero l'esatto contrario di ciò che ci si aspetta quando ci si trova in una situazione di difficoltà, come quando ci si ammala, oppure si è vittima di un incidente stradale o si subisce un'infiltrazione d'acqua nella camera dei propri figli. Ecco quindi la necessità di districarsi tra termini tecnici ("Cos'è il premio?", "Cosa si intende per franchigia?"), diritti delle parti ("Entro quale termine l'assicurazione deve pagare l'indennizzo?", "Il danno morale è risarcibile?") e documentazione complessa ("Dove trovo e quali sono le coperture per la mia polizza casa?"). Nelle pagine di questa guida cerchiamo di dare una risposta pratica e semplice a queste domande. Essere muniti di un'assicurazione adeguata può aiutare a dare serenità e fiducia nel futuro e solo un consumatore informato può difendere i propri diritti in modo rapido e senza oneri, scegliendo il prodotto assicurativo più appropriato. Ciò alla luce delle novità legislative e regolamentari intervenute negli ultimi anni, volte a semplificare i contratti, responsabilizzare imprese e intermediari nella fase di vendita e cercare di favorire la concorrenza tra le imprese allo scopo di abbassare i prezzi delle polizze.

Per rimanere sempre aggiornati in tema di assicurazioni, rimandiamo comunque anche al nostro sito [www.altroconsumo.it](http://www.altroconsumo.it).

*Pagina bianca*

# PARTE PRIMA

**Il contratto  
di assicurazione**

*Pagina bianca*

# 1

## Le regole generali

Il contratto di assicurazione risponde al bisogno di tutelarsi dalla possibilità che determinati avvenimenti, futuri e incerti, per esempio un infortunio o un furto o addirittura la morte, possano influire negativamente sulla propria vita o su quella dei propri familiari. In alternativa può avere finalità completamente diverse come quelle di risparmio o previdenziali. In questo capitolo, esamineremo quali sono i soggetti che entrano in gioco nel contratto assicurativo e le sue regole generali.

## Le compagnie di assicurazione

Per esercitare l'attività assicurativa è anzitutto sempre necessaria un'autorizzazione da parte dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, un ente pubblico sotto il controllo della Banca d'Italia di cui scriveremo nelle prossime pagine). Possono operare in Italia anche compagnie con sede nell'Unione Europea, purché iscritte in appositi registri tenuti appunto dall'IVASS. In questo caso le imprese estere ricevono l'autorizzazione a operare da un'autorità del proprio paese, ma l'IVASS vigila comunque sul loro operato nel nostro territorio. In caso di dubbio circa i requisiti per operare in Italia è sempre opportuno fare una verifica presso gli uffici

## Se l'assicurazione non può più pagare

Nel malaugurato, e per fortuna raro, caso in cui l'assicurazione si trovi in condizione di insolvenza, cioè non sia più in grado di pagare i suoi assicurati, la compagnia viene messa in liquidazione coatta amministrativa. Si tratta di una procedura simile a quelle fallimentari. Le polizze Rc auto saranno operative fino a scadenza e, in caso di sinistro causato da veicoli assicurati con compagnie in liquidazione coatta, i danneggiati verranno risarciti attraverso il Fondo di garanzia per le vittime della strada (vedi [capitolo 7](#)).

Le altre polizze avranno effetti per 60 giorni, con il diritto dell'assicurato di recedere dopo il provvedimento di liquidazione. Gli assicurati che devono incassare i loro indennizzi per polizze vita scadute o per la liquidazione di sinistri coperti da polizze danni concorrono alla suddivisione dell'attivo della compagnia, come accade per i creditori di società fallite. In altre parole, le somme saranno corrisposte dopo anni e probabilmente in modo parziale, tenuto conto degli importi rimasti dopo lo svolgimento delle operazioni di liquidazione, nonché dell'entità dei vari debiti lasciati dall'impresa.

dell'Istituto di Vigilanza, per evitare di versare soldi a un soggetto che non provvederà ad alcun pagamento al momento del bisogno, lasciandovi addirittura esposti al rischio di sanzioni nel caso delle polizze Rc auto.

## I canali di vendita

I prodotti assicurativi possono essere distribuiti attraverso soggetti che collaborano, a vario titolo, con le compagnie di assicurazione (i cosiddetti intermediari) oppure direttamente dalle imprese. Vediamo le caratteristiche dei due canali.

### **Gli intermediari**

In passato i prodotti assicurativi venivano venduti pressoché esclusivamente dagli intermediari. Si tratta di soggetti autonomi e indipendenti che svolgono la funzione di collegamento tra l'utente e la compagnia assicurativa pur collaborando con quest'ultima.

Rientrano in questa categoria:

- **gli agenti**, liberi professionisti incaricati da una o più compagnie di promuovere la conclusione dei contratti. Sono iscritti nella sezione A del registro degli intermediari tenuto dall'IVASS;
- **i mediatori detti anche broker**, che svolgono attività di assistenza e consulenza a chi voglia stipulare un contratto di assicurazione. Mettono il cliente in contatto con la compagnia che ritengono in grado di fornire la polizza più adatta alle sue esigenze. I broker agiscono su incarico del cliente, non hanno poteri di rappresentanza e operano con più imprese. Sono iscritti nella sezione B del registro degli intermediari tenuto dall'IVASS;
- **i produttori diretti**, persone autorizzate dalla compagnia a promuovere affari sotto la piena responsabilità dell'impresa, iscritti nella sezione C;
- **le banche, gli intermediari finanziari, le Poste Italiane, le SIM** (Società di Intermediazione Mobiliare), iscritti nella sezione D;
- **gli addetti che operano al di fuori dei locali dell'intermediario per conto del quale operano** e sono iscritti nella sezione E;
- **gli intermediari che vendono polizze complementari rispetto al prodotto principale offerto** e sono iscritti nella sezione F.

L'IVASS, oltre a tenere il registro con i nominativi degli intermediari, vigila sul loro operato e, nel caso questo si renda necessario, può provvedere a sanzionarli. L'Istituto pubblica periodicamente sul proprio sito i nominativi degli intermediari non abilitati che promuovono la vendita di polizze sul mercato. In caso di dubbio è quindi sempre bene verificare la regolare iscrizione nel registro del soggetto che vi sta proponendo la vendita.

Il compenso per le attività svolte dagli intermediari è la provvigione, vale a dire una somma calcolata in percentuale su quanto pagato dall'assicurato, che varia a seconda del tipo di contratto concluso e che è materialmente pagata dalla compagnia. Conoscere l'ammontare della provvigione dà la possibilità al consumatore di intavolare una trattativa per ottenere uno sconto oppure di valutare se la polizza risulta particolarmente vantaggiosa per l'intermediario. Per le polizze Rc auto e per quelle legate ai finanziamenti è obbligatorio per le compagnie indicare tale importo. La presenza di un intermediario dovrebbe garantirvi maggiore assistenza nella scelta dell'assicurazione più adatta a voi. Al professionista infatti non conviene la politica del "mordi e fuggi" e, dovendo instaurare con il cliente un rapporto che dovrà durare nel tempo, ha interesse a comportarsi in modo corretto. Tutto

## Gli obblighi a carico degli intermediari

L'intermediario è tenuto ad acquisire dal cliente le informazioni necessarie per valutarne le esigenze assicurative. Deve inoltre consegnare al primo contatto con l'utente una comunicazione informativa sugli obblighi degli intermediari.

L'intermediario deve poi dare al consumatore ogni informazione e documentazione sulla natura dei contratti che promuove, valutandone anche l'adeguatezza in relazione alle richieste che gli giungono dal cliente. Ove si riscontri la violazione di tali obblighi, è sempre opportuno l'invio di una lettera di contestazione (vedi **Modello 1** in Appendice). Se, per esempio, un pensionato di 85 anni chiede di stipulare una polizza vita decennale, l'intermediario deve avvertirlo che, considerata la vita media delle persone, un simile prodotto assicurativo non è una scelta adeguata.

Infine l'intermediario deve informare il cliente sulle modalità di pagamento nonché sui costi e i rischi connessi alla stipula del contratto assicurativo; deve essere infine indicata la presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse.

questo però non è gratuito, perché di fatto le provvigioni dell'intermediario gravano sul premio finale e possono rendere le polizze meno competitive sul fronte del prezzo.

Gli intermediari sono obbligati a essere assicurati per i danni eventualmente arrecati ai clienti. Per i broker esiste anche un fondo di garanzia a tutela degli utenti danneggiati e non risarciti, gestito dalla CONSAP, ente di cui scriveremo a breve (vedi **pagina 18**).

## La vendita diretta

Alcune compagnie hanno eliminato la rete degli intermediari e vendono direttamente i propri prodotti tramite internet e, più raramente, al telefono. I prodotti in vendita diretta riguardano per lo più le assicurazioni danni e in misura minore le polizze vita. Le imprese di assicurazione possono così risparmiare le provvigioni che devono invece versare agli intermediari in caso di vendita attraverso le tradizionali reti di distribuzione.

Ciò dovrebbe rendere le assicurazioni vendute attraverso questo canale più convenienti, anche se a volte viene a mancare il rapporto di fiducia e di aiuto nella scelta del prodotto più opportuno, nonché un'assistenza diretta e immediata in caso di problemi.



Come in tutti i contratti conclusi a distanza, inoltre, il mancato contatto diretto con il venditore può far sì che non vengano adeguatamente chiariti tutti gli aspetti della proposta. Diventa quindi ancora più importante leggere con la massima attenzione i documenti informativi e le clausole contrattuali della polizza a cui si vuole aderire prima di passare al pagamento.

Inoltre, è fondamentale controllare attentamente i propri dati contenuti nei preventivi: le tariffe assicurative, infatti, variano a seconda dei diversi profili di rischio dell'assicurato. Un'informazione sbagliata, anche solo per un errore di digitazione o per un'incomprensione, può determinare azioni di rivalsa o limitazioni al risarcimento da parte delle compagnie o richieste di integrazione di pagamento. Sul piano legale, infatti, è il consumatore a dover dare le corrette informazioni all'impresa, la quale calcola poi il costo della polizza sulla base di tali dati.

Il nostro consiglio è di stampare i preventivi di polizza e i documenti contrattuali, leggerli e, in caso di dubbio, contattare o scrivere alla compagnia. Solo successivamente a tali verifiche sarà opportuno procedere al pagamento.

## Contraente, assicurato, beneficiario e aderente

Il consumatore, nei confronti della compagnia, può assumere ruoli diversi di contraente, assicurato o beneficiario oppure aderente. Talvolta tali ruoli coincidono, tanto che nel linguaggio comune vengono spesso confusi o considerati come equivalenti, anche se in realtà non lo sono. In sintesi si può affermare che:

- **il contraente** è la persona che stipula il contratto, provvede ed è tenuto al pagamento del premio e può esercitare alcuni diritti indicati dal contratto, come, per esempio, il diritto di riscatto per le polizze vita;
- **l'assicurato** è la persona la cui vita o le cui attività sono oggetto della copertura assicurativa. Può essere quindi soggetto diverso dal contraente. Per esempio un datore di lavoro può stipulare una polizza malattia assicurando i propri dipendenti. Nel caso in cui l'oggetto sia il rischio della sua morte, deve firmare il contratto per accettazione;
- **il beneficiario** è la persona a cui spettano le somme assicurate. È una figura che compare nelle polizze che comprendono il rischio vita. Viene scelto da chi sottoscrive la polizza e acquista un diritto nei confronti

dell'assicurazione. L'indicazione del beneficiario può essere revocata; l'assicurato può però anche rinunciare per iscritto al suo potere di revoca, ma in quest'unico caso, se si avvale di questa possibilità, l'assicurato non potrà più tornare sui suoi passi. È valida anche un'indicazione generica, come "la moglie" o "i figli", purché al momento della morte queste persone siano precisamente individuabili;

- **l'aderente** è invece colui che usufruisce di un contratto assicurativo collettivo sostenendone il costo in tutto oppure in parte, anche indirettamente (pensiamo alle polizze stipulate da una scuola oppure da una federazione sportiva).

## L'IVASS

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni sorveglia gli operatori del settore assicurativo, ne disciplina l'attività e svolge funzioni di controllo e di indirizzo della gestione delle imprese. Inoltre si occupa di vigilare che le imprese di assicurazione e gli intermediari osservino tutte le norme ed eventualmente di imporre delle sanzioni amministrative o disciplinari.

L'IVASS ha anche il potere di intervenire verso le imprese nei casi in cui i consumatori siano rimasti insoddisfatti dalla risposta ricevuta a un reclamo (descriveremo la procedura al [capitolo 2](#)). Tale ente è subentrato in tutte le funzioni svolte in precedenza dall'ISVAP.

Nel caso la controversia si sia verificata in un paese dell'Unione Europea con una compagnia estera, l'IVASS può fare da tramite per attivare le procedure di gestione delle liti cosiddette transfrontaliere.

In caso di necessità è possibile contattare l'Istituto ai seguenti recapiti: IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - telefono 800 486661, dall'estero 06 42021095, fax 02 42133206 - [www.ivass.it](http://www.ivass.it) - e-mail [scrivi@ivass.it](mailto:scrivi@ivass.it) (indirizzo non utilizzabile per i reclami), posta certificata [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it), oppure [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it).

## La CONSAP

Si tratta di una società per azioni che gestisce alcuni servizi di interesse pubblico in svariati settori. Nell'ambito assicurativo si occupa del Fondo vittime della strada, dell'organismo di indennizzo per i sinistri all'estero (di cui scriveremo

nel **capitolo 7**) e del fondo vittime della caccia. Inoltre gestisce la banca dati sulle coperture assicurative dei veicoli e sugli indennizzi pagati nel sistema di risarcimento diretto Rc auto, il fondo di garanzia dei broker, nonché il registro dei periti assicurativi e le cosiddette polizze vita dormienti. Ha sede a Roma in via Yser, 14 - 00198 Roma ([www.consap.it](http://www.consap.it) - e-mail [consap@consap.it](mailto:consap@consap.it), posta certificata [consap@pec.consap.it](mailto:consap@pec.consap.it), fax 06 8418231).

## **Il contratto**

I rapporti tra assicurato e compagnia sono disciplinati dalla legge, dai regolamenti e dal contratto. Nello specifico le principali regole sono contenute nei seguenti testi normativi:

- Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209 del 2005);
- Codice Civile (articoli da 1882 a 1932);
- provvedimenti IVASS.

Nel rispetto di tali norme il contratto potrà poi contenere regole proprie che variano da compagnia a compagnia. Per questo è sempre opportuno leggerlo nella sua interezza. Per esempio, il furto dello stesso identico veicolo può essere risarcito in modo diverso da due compagnie di assicurazioni, magari perché una presenta una franchigia più alta rispetto all'altra oppure perché vengono usati parametri di calcolo del valore commerciale differenti.

Il contratto di assicurazione si può definire concluso quando una proposta proveniente da una parte viene accettata dall'altra. Generalmente queste due fasi (dette appunto proposta e accettazione) sono contemporanee, dato che i processi informatici permettono alle compagnie di valutare immediatamente il rischio e calcolare il premio. Quindi, una volta che è stato stilato un preventivo ed effettuato il pagamento, la polizza viene emessa e il contratto può ritenersi concluso. Tuttavia può ancora accadere che la compagnia richieda qualche giorno di tempo per decidere se stipulare il contratto e a quali condizioni. Per non arrivare impreparati alla firma, è importante conoscere le regole comuni alla base di ogni tipologia di assicurazione.

## **Proposta e accettazione**

Come detto, la prima tappa di un contratto di assicurazione è la proposta. Da un punto di vista strettamente giuridico, è il consumatore a inoltrare una proposta e quindi una richiesta di copertura assicurativa all'impresa, la quale

può decidere se accettarla o meno. In pratica, però, avviene il contrario: l'iniziativa nasce dall'assicuratore, che predispone le tariffe e i modelli di contratto e ne promuove la vendita. Vediamo quindi quali sono le regole in quei casi in cui il contratto non venga emesso immediatamente: una volta presentata, la proposta scritta è irrevocabile da parte del cliente per 15 giorni, che diventano 30 se è richiesta una visita medica. Secondo la legge, questi termini possono essere abbreviati, ma non prolungati. L'assicuratore ha quindi 15 o 30 giorni di tempo per accettare la proposta dal momento in cui la riceve. Se scade questo termine, l'offerta non è più vincolante e non è neppure necessario revocarla. Per prudenza, è comunque utile comunicare alla compagnia l'inefficacia della proposta per decorrenza del termine. Per le polizze vita valgono delle regole particolari di cui parleremo nella terza parte di questo volume. Anticipiamo, tuttavia, che per tali polizze il consumatore può revocare la proposta prima di sapere se la compagnia l'ha accettata e che è comunque consentito il recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.

L'ultima tappa di un contratto di assicurazione è l'accettazione, con cui l'assicuratore esprime la sua volontà di concludere il contratto propostogli. Di solito viene fatta in forma scritta attraverso l'emissione della polizza e ha valore quando viene a conoscenza dell'assicurato. Pertanto, nel momento in cui decidete di stipulare un'assicurazione, verificate se il modulo che state compilando è una proposta o già un autentico contratto (e quindi già una polizza non soggetta a un'ulteriore accettazione da parte dell'impresa). Infatti, come abbiamo detto poco sopra, proposta e accettazione sono in genere simultanee.

## **La valutazione di adeguatezza**

Se a carico del consumatore vi è l'obbligo di dare una corretta descrizione del rischio, gli intermediari e le compagnie hanno l'obbligo di dare una corretta informazione agli assicurati e soprattutto di vendere un prodotto adeguato. In altri termini le imprese e i loro incaricati dovranno dapprima assumere le informazioni necessarie dai contraenti e poi valutare quale sia il prodotto più opportuno per il consumatore, anche con riferimento ai costi della copertura assicurativa, senza limitarsi alla vendita della polizza. Dovranno essere fatte domande su età, stato di salute, attività lavorativa, nucleo familiare, esigenze assicurative. Le compagnie devono insomma agire nel miglior interesse degli utenti, si tratta per loro di un autentico obbligo giuridico. Inoltre gli intermediari sono tenuti a dare un'informazione scritta circa i propri obblighi di comportamento. Ove non effettuino tale attività preliminare potranno essere ritenuti responsabili dei danni subiti dai consumatori.

## Il diritto di ripensamento per le polizze a distanza

Per quanto riguarda le polizze vendute al di fuori dei locali commerciali, telefoniche oppure online, esiste un diritto di ripensamento che può essere esercitato entro 14 giorni dalla conclusione del contratto (vedi **Modello 2** in Appendice). Recedere, però, può essere penalizzante: ci sono infatti alcune spese (le tasse e i contributi sul contratto, che possono arrivare anche a oltre il 20% del premio pagato) che restano a carico dell'assicurato. Se pensate che potrete avere necessità di ripensarci, quindi, ricordate ancora una volta di leggere il contratto, con particolare attenzione alle clausole e alle modalità di recesso. L'assicurazione dovrà restituire le quote che vi spettano entro 30 giorni.

Tenete comunque presente che tale diritto non si applica alle assicurazioni viaggi e bagaglio di durata inferiore a un mese e che per le polizze vita (di cui ci occuperemo più avanti, nella terza parte della guida) valgono regole diverse e il termine entro il quale è possibile tornare sui propri passi è di 30 giorni.

Un esempio può essere utile: l'intermediario non potrà mai vendere una polizza connessa a un finanziamento che garantisca dal rischio di perdita del lavoro dipendente, se egli sa che l'assicurato è un libero professionista che, essendo un lavoratore autonomo, non potrà mai essere licenziato. Prima di stipulare la polizza, o anche dopo un sinistro eventualmente respinto, è bene verificare se il prodotto assicurativo che vi è stato proposto è adeguato in relazione alle informazioni che avete reso alla compagnia o all'intermediario. Se così non fosse, per il consumatore è possibile richiedere il risarcimento dei danni subiti (vedi **Modello 1** in Appendice).

## Il rischio

Nel linguaggio assicurativo quando si parla di rischio ci si riferisce alla possibilità che si verifichi un evento dannoso specifico (il cosiddetto "sinistro") a fronte del quale l'assicuratore effettuerà la prestazione prevista nel contratto. È quindi fondamentale individuare esattamente quale rischio assicurare e a quali condizioni. Non basta una descrizione precisa del rischio: occorre anche

indicare le cause che possono determinarlo, il tempo e il luogo in cui può verificarsi. Non sarà sufficiente, quindi, dire che con un determinato contratto si assicura la casa di Mario Rossi contro l'incendio; sarà necessario dire dove si trova la casa che Mario Rossi vuole assicurare, per quanto tempo intende assicurarla e da cosa deve essere stato provocato l'incendio perché il danno possa essere indennizzato. In altre parole avere una polizza incendio non garantisce che tutti gli incendi vengano risarciti.

Tenere presente che un contratto di assicurazione non può coprire tutti i rischi che possono minacciare voi o le vostre cose vi risparmierebbe molte delusioni.

## **Descrivere il rischio**

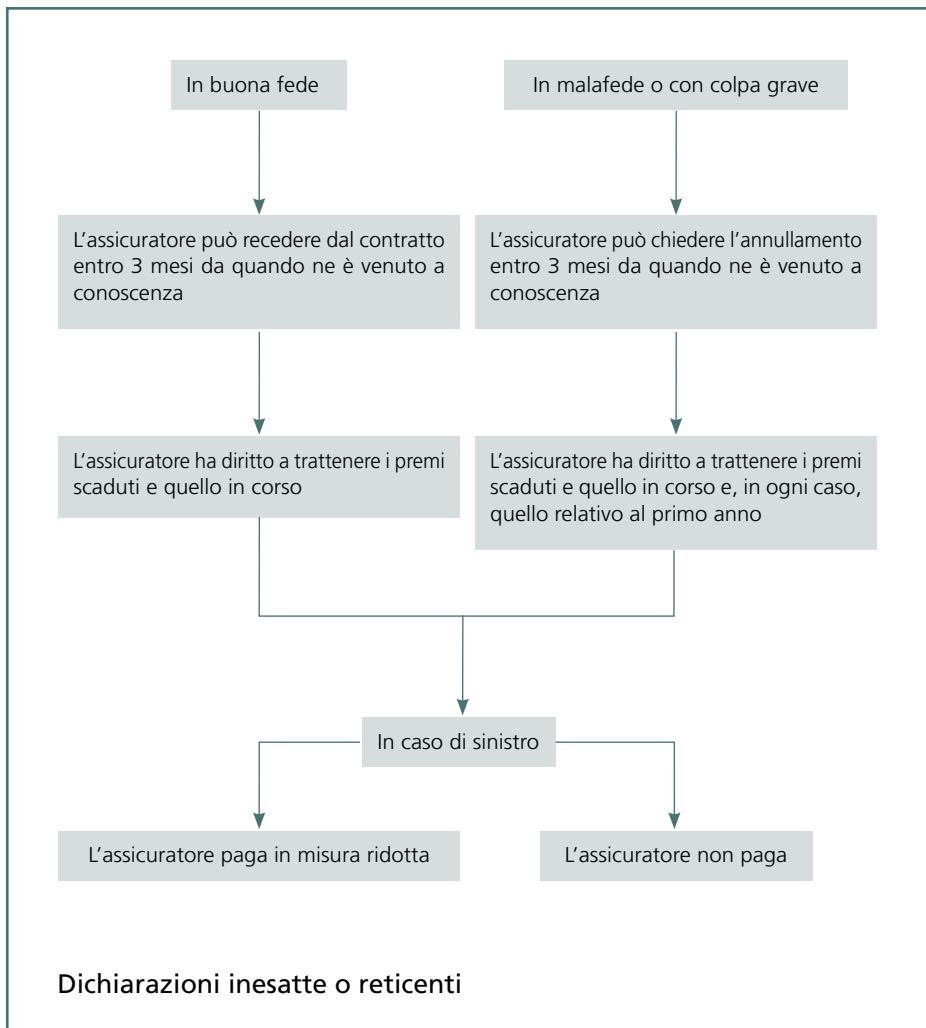
Dalla maggiore o minore probabilità che l'evento si verifichi dipendono sia la decisione della compagnia se stipulare la polizza sia il costo dell'assicurazione. È fondamentale, quindi, che all'assicuratore venga fornito ogni elemento per classificare e valutare il rischio; queste informazioni possono essere date all'assicuratore solo dal cliente, tramite questionari o informazioni fornite a voce e poi trascritte nella polizza o nel preventivo.

Occorre quindi controllare con la massima attenzione la rispondenza tra quanto riportato nei documenti di polizza e la situazione reale, dato che ogni eventuale errore ricadrà sull'assicurato.

## **Se le informazioni non sono corrette**

L'assicurato ha quindi l'obbligo di indicare alla compagnia tutte le circostanze che possono influenzare il rischio, fornendo informazioni corrette. Non farlo può comportare serie conseguenze. Può essere consigliabile prendere qualche giorno di riflessione per verificare eventualmente a casa tra i propri documenti (per esempio le cartelle cliniche per le polizze infortuni o malattia, i documenti dell'immobile per le polizze fabbricati) se esistono fatti da portare a conoscenza dell'assicurazione.

La legge prevede due casi di informazione scorretta fornita dall'assicurato. Per dichiarazioni inesatte o reticenti, fatte con dolo o colpa grave su circostanze note o che avrebbero potuto essere note se si fosse usata la normale diligenza (per esempio, leggendo i documenti in proprio possesso sul rischio assicurato, come i certificati medici ecc.), la legge (art. 1892 del Codice Civile) prevede la possibilità di annullare il contratto. La conseguenza più grave è che la compagnia può rifiutare il pagamento dell'indennizzo in caso di sinistro. È necessario, però, che le dichiarazioni in questione si riferiscano a circostanze che abbiano un'influenza sul rischio tale che l'assicuratore non avrebbe accettato di stipulare il contratto o lo avrebbe stipulato a



condizioni diverse. La compagnia può anche chiedere l'annullamento del contratto dichiarandolo all'assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto l'inesattezza o la reticenza della dichiarazione. Non solo, ha anche diritto di trattenere tutti i premi già riscossi, di incassare per intero il premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha dichiarato di voler annullare il contratto e, in ogni caso, il premio per il primo anno.

Per le dichiarazioni inesatte o reticenti senza dolo o colpa grave, quindi in riferimento a circostanze che l'assicurato non conosceva e che non poteva accertare con la normale diligenza, l'assicuratore può, secondo quanto previsto

## ESEMPIO PRATICO

Ipotizziamo che Mario Rossi, che ha avuto un infarto nel 2010, nel corso del 2018 decida di stipulare una polizza di assicurazione per il rimborso delle spese di cura da ricovero e, nel questionario che sottoscrive prima del contratto, dichiara di non avere mai avuto malattie in precedenza.

Nel 2019, quindi dopo aver stipulato il contratto, viene ricoverato presso una casa di cura per una patologia cardiaca e viene sottoposto a intervento chirurgico, spendendo 7.000 euro, di cui chiede il rimborso all'assicuratore.

Dalla lettura della cartella clinica relativa al ricovero, però, l'assicuratore viene a conoscenza dell'infarto che Mario Rossi ha avuto nel 2010 e, verificato il questionario, si accorge che questa circostanza non era stata dichiarata; respinge, quindi, la richiesta di rimborso e dichiara l'annullamento del contratto, trattenendo tutto quello che fino ad allora gli era stato pagato. Il signor Rossi ha, perciò, buttato via molti soldi.

dall'art. 1893 del Codice Civile, recedere dal contratto entro 3 mesi dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza, trattenendo i premi scaduti e quello in corso. Nel caso in cui si verifichi un sinistro prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza o prima che sia decorso il termine per il recesso, la somma da pagare è ridotta nella stessa proporzione esistente fra il premio pagato e quello che l'assicuratore avrebbe richiesto se fosse stato a conoscenza della verità.

## Quando il rischio cessa

Può accadere che la possibilità che un incidente si verifichi esista al momento della stipula del contratto, ma che venga meno in un momento successivo, come per esempio nel caso delle assicurazioni di responsabilità civile derivante dallo svolgimento di un'attività lavorativa poi interrotta.

In questo caso la legge (art. 1896 del Codice Civile) stabilisce che il contratto è valido, ma può essere sciolto. L'assicurato resta però obbligato a pagare i premi fino a quando l'assicuratore non abbia ricevuto notizia della cessazione del rischio (vedi **Modello 3** in Appendice). La compagnia può inoltre trattenere il premio relativo al periodo in corso al momento in cui viene a conoscenza della cessazione del rischio. Pensiamo per esempio al caso di un artigiano che stipuli una polizza infortuni per tutto l'anno 2019. Qualora egli chiuda l'attività e vada in pensione ad agosto 2019, pur cessando il rischio, dovrà versare anche i premi per i mesi da settembre a dicembre 2019. Regole particolari valgono tuttavia per la polizza Rc auto (che illustreremo nel **capitolo 6**).



## La vendita della cosa assicurata

Un caso di cessazione del rischio si verifica anche quando non viene a mancare il rischio di per sé, ma l'interesse ad assicurarlo. Succede quando la cosa assicurata viene ceduta, come nel caso di una casa assicurata contro l'incendio e successivamente venduta.

Di per sé la vendita non è causa di scioglimento del contratto di assicurazione: l'assicurato deve infatti continuare a pagare il premio fino a quando non informa l'assicuratore del trasferimento della proprietà e l'acquirente dell'esistenza del contratto di assicurazione (art. 1918 del Codice Civile). Dopo la comunicazione, tutti i diritti e gli obblighi passano all'acquirente. In questo caso, comunque, l'assicuratore e l'acquirente possono recedere dal contratto: l'assicuratore può farlo entro 10 giorni da quello in cui ha avuto notizia del trasferimento, mentre l'acquirente può farlo entro 10 giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva all'acquisto o, se posteriore, da quella in cui è stato informato dell'esistenza dell'assicurazione. Queste regole valgono in tutti i casi in cui i beni assicurati vengono ceduti e quindi anche per le donazioni.

## L'aggravamento del rischio

Può succedere che durante il contratto il rischio aumenti a causa di qualche cambiamento. In questi casi, l'assicurato deve avvisare l'assicuratore, che provvederà a una nuova valutazione del premio (vedi **Modello 3** in Appendice). Prendiamo il caso di un tecnico, assicurato contro gli infortuni, che ripara televisori nel suo laboratorio e che decide in un secondo momento di mettersi anche a montare antenne televisive. Dopo aver ricevuto la notizia dell'aggravamento del rischio, la compagnia può scegliere se continuare ad assicurarlo alle stesse condizioni o aumentando il premio oppure recedere dal contratto, comunicandolo in forma scritta all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'informazione. Se si verifica un incidente prima che l'assicuratore sia stato informato dell'aggravamento del rischio o durante il termine per il recesso, l'assicuratore ha due possibilità:

- se il nuovo stato di cose è tale per cui, se fosse esistito fin dall'inizio, la compagnia non avrebbe consentito l'assicurazione, non è tenuto a pagare;
- se la compagnia avrebbe comunque emesso la polizza, ma con un premio più alto, può ridurre l'indennizzo, tenendo conto del rapporto fra il premio pagato e quello (più alto) che l'aggravamento avrebbe richiesto. Questa regola vale anche se l'aumento del rischio non ha avuto alcuna influenza sull'incidente.

## La diminuzione del rischio

Il rischio può anche diminuire. Se, infatti, durante il periodo di copertura la possibilità che si verifichi un incidente si abbassa, l'assicurato può ottenere una riduzione del premio (art. 1897 del Codice Civile).

Anche in questo caso, il cliente dovrà comunicare per iscritto all'assicuratore i cambiamenti che causano la modifica (vedi **Modello 3** in Appendice), per avere diritto alla riduzione del premio a partire dalla prima rata successiva alla data della comunicazione. Da parte sua, la compagnia può decidere di recedere dal contratto entro 2 mesi dal giorno in cui ha ricevuto la notizia.

## La durata

In genere l'assicurazione ha effetto a partire dalla mezzanotte del giorno in cui è stato concluso il contratto, purché sia stato pagato il premio. È possibile decidere che l'assicurazione inizi anche prima o in un momento successivo, sempre, però, che sia stato pagato il premio, altrimenti la polizza non può essere considerata operativa. Per questo motivo occorre prestare sempre la massima attenzione a quale sia il momento di scadenza del contratto.

Gli effetti dell'assicurazione terminano a mezzanotte dell'ultimo giorno indicato come data di scadenza. La legge non prevede una durata standard del contratto salvo che per le polizze Rc auto, che valgono al massimo per un anno: leggete sempre attentamente la parte del contratto in cui viene specificato il termine. È anche possibile che la polizza si rinnovi automaticamente alla scadenza, salvo disdetta da parte dell'assicurato. Ogni proroga tacita non può, però, avere una validità superiore a 2 anni.

Un contratto di lunga durata garantisce a compagnie e intermediari un introito certo nel tempo. È facile, quindi, intuire perché vengano proposte polizze quinquennali o decennali. A volte, però, una durata lunga può essere conveniente anche per l'assicurato, per esempio per evitare futuri aumenti di premio, per garantirsi nel tempo le proprie coperture assicurative (è il caso delle polizze malattia), per fruire di una maggiore rendita per le polizze vita o per godere di sconti. Riflettete attentamente sulla durata più adatta alle vostre esigenze.

## Il pagamento a rate

Anche se spesso vengono confuse, la durata è diversa dalla suddivisione del premio, che in gergo assicurativo viene chiamata "frazionamento". Se, come abbiamo visto, la durata è il periodo di validità di una polizza, il

frazionamento è la suddivisione del premio da pagare in più rate mensili, trimestrali, semestrali e così via e viene fatta per agevolare il pagamento. Il fatto che un premio venga pagato annualmente non deve far credere che la durata della polizza sia necessariamente annuale.

Se poi un contratto si interrompe, l'assicuratore ha diritto al pagamento del premio del periodo assicurativo e quindi anche alle rate che scadono dopo la cessazione.

## La sospensione temporanea

La durata di un contratto può essere temporaneamente sospesa. Può accadere, per esempio, nelle polizze Rc auto su richiesta dell'assicurato, se l'auto viene venduta o demolita senza essere immediatamente sostituita con un'altra. In questo caso, l'assicurazione viene sospesa fino alla riattivazione e la scadenza originaria viene prolungata. Ne scriveremo più diffusamente nel capitolo relativo alla polizza Rc auto, illustrando anche i rischi di questa scelta.

In ogni caso le modalità della sospensione dipendono esclusivamente dal contratto, dato che non esistono leggi specifiche in proposito.

## Il premio

Il premio è il prezzo pagato dall'assicurato per le prestazioni dell'assicuratore e consiste in una somma di denaro calcolata dall'assicuratore in proporzione al rischio.

Per prima cosa, la compagnia quantifica il "premio puro (o netto)", individuando delle classi di rischio (età, professione, stato civile) e determinando per ciascuna di esse la frequenza dei sinistri. A questo importo vengono poi sommate le spese affrontate dalla compagnia (il caricamento) e le imposte. Da un punto di vista pratico, questa suddivisione non ha grande importanza per le polizze danni, dato che quel che conta per il consumatore è il prezzo finale. Per le polizze vita con funzioni di risparmio, invece, è fondamentale accertare l'entità dei caricamenti, visto che tale quota non viene investita e viene trattenuta dalla compagnia (ne parleremo nella parte terza).

La legge prevede comunque la possibilità di trattare il costo del premio e soprattutto delle provvigioni, il cui importo per le polizze Rc auto e quelle legate ai finanziamenti dovrà essere indicato in polizza.

Prima di stipulare un'assicurazione vale quindi sempre la pena di provare a negoziare un po'.

## I pagamenti

Come abbiamo visto, il premio può essere pagato in un'unica soluzione (premio unico) oppure a scadenze regolari, come nel caso di pagamento annuale (premio frazionato) di una polizza di durata quinquennale.

In genere nelle polizze a breve durata, come le Rc auto, il pagamento dilazionato non è gratuito e comporta l'addebito di un sovrappremio. Conviene quindi valutarne attentamente la convenienza.

Il premio va comunque pagato anticipatamente: fino a quel momento, infatti, il contratto, anche se validamente concluso, non ha alcuna efficacia. Secondo la legge (art. 1901 del Codice Civile), se l'assicurato non versa il premio, la polizza viene sospesa fino alla mezzanotte del giorno in cui viene effettuato il saldo e gli eventuali danni non vengono indennizzati.

I pagamenti devono essere fatti tramite assegni circolari, assegni bancari, bonifici, versamenti in conto corrente postale o forme di pagamento elettronico (carta di credito, bancomat ecc.). Soltanto le polizze Rc auto e accessorie e i premi per le polizze danni di importo inferiore a 750 euro possono essere saldati in contanti. Questa limitazione è necessaria sia per ostacolare eventuali operazioni di riciclaggio del denaro sia per garantire all'utente l'effettivo utilizzo delle somme allo scopo per cui sono state versate.

La data in cui il pagamento risulterà effettuato dipende dalle modalità di circolazione dei titoli di credito. Scegliete quindi con attenzione il mezzo e i tempi di pagamento per evitare di avere problemi con l'operatività della garanzia assicurativa e chiedete l'immediato rilascio della quietanza che comprova la copertura.

Nei contratti di assicurazione può essere contenuta una clausola che prevede la cosiddetta indicizzazione del premio: significa che a ogni scadenza annuale il premio da pagare aumenta di una percentuale fissa o variabile indicata sul contratto. Non essendo possibile prevedere l'andamento nel tempo del proprio reddito e dei parametri di indicizzazione variabili, l'assicurato potrebbe trovarsi a pagare premi eccessivi. Può essere quindi prudente non stipulare polizze indicizzate: in fondo, se doveste decidere di aumentare i capitali assicurati, potrete sempre farlo in un secondo momento.

## Pagamenti successivi: il termine di tolleranza

Per le polizze danni esiste un termine di tolleranza di 15 giorni per i pagamenti dei premi successivi al primo (art. 1901 del Codice Civile); se il pagamento non viene effettuato, al termine di questo periodo la garanzia resta sospesa. Quindi, se la vostra polizza scade il 30 aprile, avete tempo per pagare fino al 15 maggio e se nel frattempo dovesse verificarsi un incidente l'assicuratore è tenuto a risponderne. Se però pagate in una

data successiva al 15 maggio, la compagnia non è obbligata a risarcirvi, dato che i sinistri che si verificano dopo il periodo di tolleranza concesso dalla legge non rientrano in garanzia. Il termine di tolleranza vale anche per le polizze Rc auto sebbene non siano soggette al tacito rinnovo. Per le altre polizze è bene non confidare su questo beneficio prima di aver letto attentamente il contratto con specifico riferimento alla durata e alle regole del rinnovo.

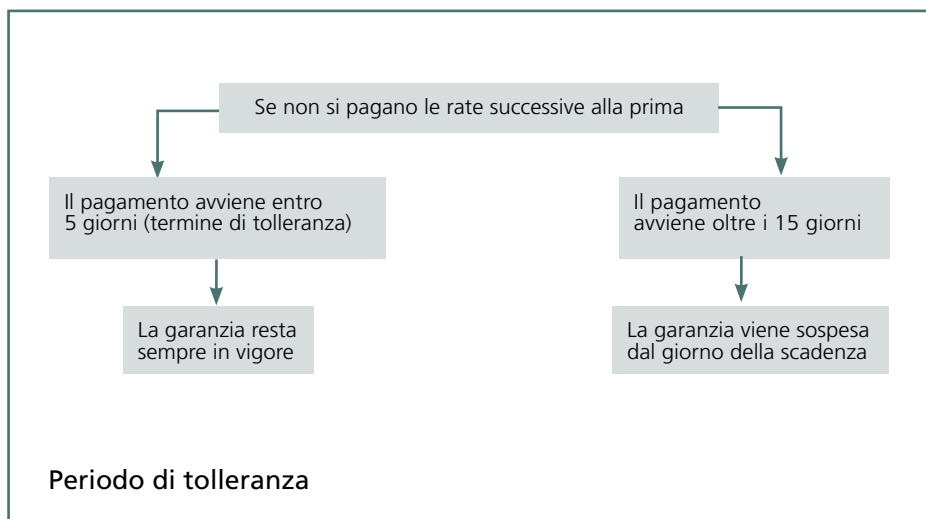
Per le polizze vita il termine di tolleranza è di 20 giorni, ma valgono regole particolari di cui parleremo nella terza parte del volume.

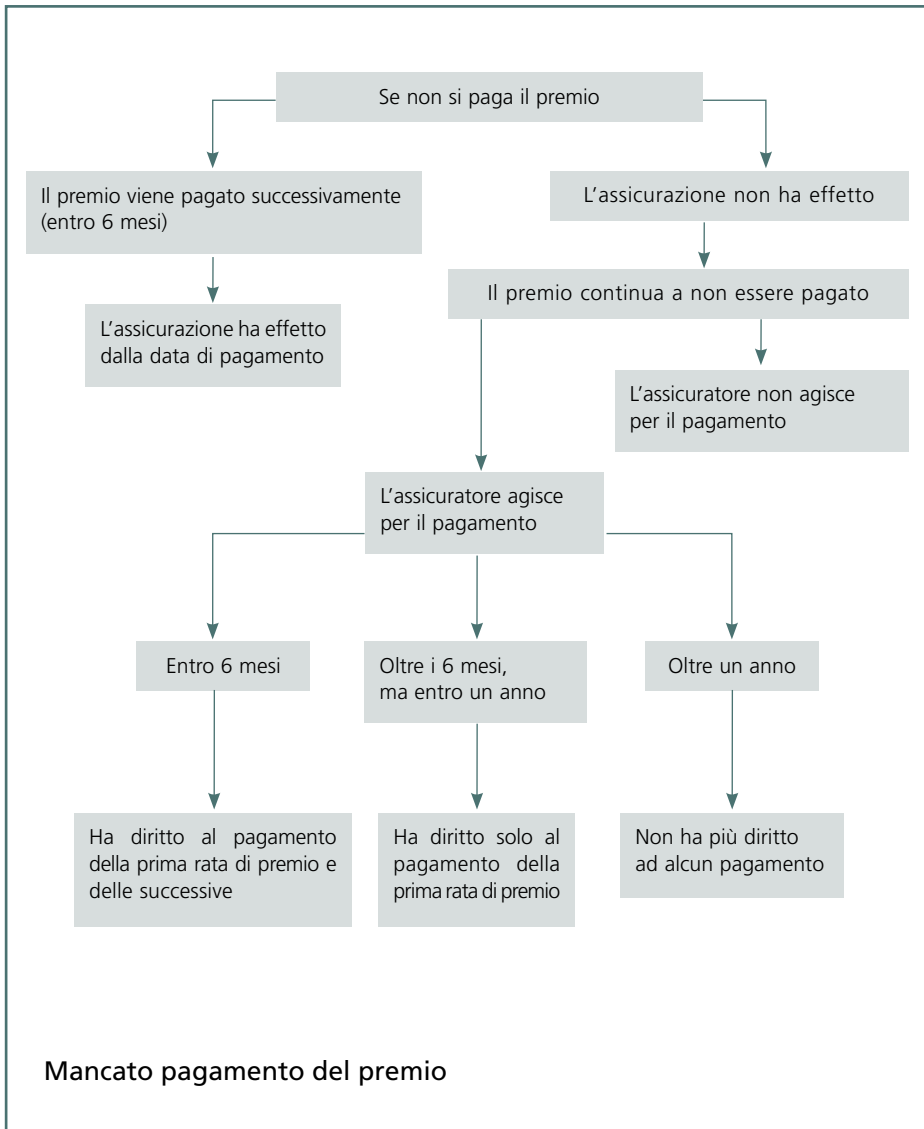
## Il recupero del premio non pagato

Per le assicurazioni contro i danni, la compagnia ha diritto di agire nei confronti dell'assicurato per la riscossione del premio, ma deve farlo entro un anno. Trascorso tale periodo, il diritto dell'assicurazione cade in prescrizione. Se la compagnia vuole evitare che il contratto si sciolga deve essere ancora più veloce e riscuotere il premio entro 6 mesi dalla scadenza di pagamento.

Le stesse considerazioni valgono per l'assicurato: se vuole riattivare una polizza (magari perché molto conveniente) di cui si è dimenticato di pagare il premio, deve versare quanto dovuto prima dello scadere dei 6 mesi. Se passa questo termine, la compagnia può rifiutare la riattivazione.

Per le assicurazioni sulla vita, se l'assicurato non paga il primo premio o quello unico, l'assicuratore ha a disposizione 6 mesi di tempo per riscuoterlo;





se non lo fa in tempo utile, il contratto si scioglie e l'assicuratore non ha più diritto al premio scaduto e a quello in corso.

Per i premi successivi, esiste un termine di tolleranza per il pagamento di 20 giorni, che viene solitamente alzato a 30 dai contratti. Trascorso questo periodo, il contratto può risolversi se non ha avuto una durata minima oppure rimanere sospeso; l'assicuratore, non ha però diritto a riscuotere il premio non pagato.

## Dove si paga

L'assicuratore non è obbligato a recarsi dall'assicurato per riscuotere il pagamento. Talvolta ciò accade, ma non vi è alcun dovere a carico della compagnia. Secondo la legge, è l'assicurato che deve presentarsi alla compagnia e non viceversa. Per questo motivo è necessario darsi da fare perché il pagamento del premio arrivi comunque a destinazione entro la scadenza, per scongiurare la sospensione della garanzia.

## La documentazione assicurativa

Prima della stipula del contratto, l'assicurazione deve consegnare al cliente un documento informativo, che descrive i contenuti del contratto. Il consumatore può scegliere se avere la documentazione cartacea o in formato elettronico. Tale documento iniziale deve essere scritto in modo chiaro e sintetico oltreché in caratteri leggibili, illustrando il prodotto assicurativo, senza rinviare alle condizioni contrattuali. In altre parole si tratta di una prima sintesi del contenuto del contratto stipulato e delle sue regole di funzionamento. Con una sigla questo documento viene oggi chiamato DIP (documento informativo precontrattuale), mentre in passato si chiamava nota informativa. Il contenuto varia a seconda che si tratti di una polizza danni (di cui scriviamo nella seconda parte della guida) o di una polizza vita (illustrata nella terza parte). Lo scopo di questo documento è quello di informare il consumatore sul contenuto essenziale del prodotto prima della stipula. Unitamente a tali informazioni, viene consegnato un secondo documento informativo aggiuntivo (detto DIP aggiuntivo) dove vengono ampliate le informazioni, indicate le procedure di reclamo e illustrate le condizioni economiche dell'impresa di assicurazione.

## La polizza

Una volta esaminato il documento precontrattuale si procederà alla stipula della polizza, che prova l'esistenza della copertura e dove sono riassunti i termini essenziali del contratto:

- generalità dell'assicurato;
- durata;
- ammontare del premio;
- breve descrizione del rischio e delle coperture;
- capitale assicurato;

- data della stipula;
- firma di assicurato e assicuratore;
- rinvio alle condizioni contrattuali di assicurazione.

Generalmente, vengono redatte tre copie della polizza: una per la compagnia, una per l'intermediario e una per l'assicurato. Quando qualche elemento della polizza viene modificato (per esempio per una variazione del rischio dovuta a un trasferimento di residenza), viene solitamente emesso un altro documento chiamato "appendice", che contiene tutte le modifiche e diventa parte integrante del contratto.

## Le condizioni contrattuali

È da tenere presente, però, che la polizza costituisce solamente una sorta di schema del contratto di assicurazione. Maggiori informazioni si possono trovare nei documenti informativi. Per valutare nel dettaglio cosa effettivamente è oggetto di garanzia e cosa è escluso o limitato, bisogna tuttavia fare riferimento alle condizioni di assicurazione. In una prospettiva di semplificazione dei contratti, l'IVASS ha disposto che, a partire dal gennaio 2019, i nuovi contratti riportino solo le clausole accettate dall'assicurato. I precedenti contratti erano invece autentici libretti contenenti tutte le possibili condizioni di contratto, anche quelle non facenti parte della polizza, suddivise in generali e speciali (o particolari).

Le prime sono clausole che si adattano a ogni situazione che rientra in quel determinato rischio e sono create dall'assicuratore per regolare in modo uniforme tutti i contratti relativi a una determinata categoria di rischi. Le condizioni speciali, invece, sono clausole che regolano rischi o circostanze particolari e possono essere oggetto di trattativa individuale fra assicurato e assicuratore. Per esempio, in una polizza contro il furto in casa ci saranno, oltre alle condizioni generali, anche condizioni particolari che possono interessare solo alcuni assicurati, come la copertura per il furto di gioielli.

In altre parole, possiamo dire che le condizioni generali valgono per tutti e sono sempre operative, mentre quelle particolari sono efficaci solo se espressamente indicate nella polizza. Per i vecchi contratti, quindi, tenete presente che non tutto quello che vi trovate scritto è operante nel vostro contratto: lo è infatti solo ciò che è richiamato espressamente nella parte che contiene gli elementi di identificazione della polizza. L'IVASS ha comunque disposto che le imprese siano progressivamente obbligate a istituire nei propri siti internet aree riservate dove ciascun utente possa verificare in qualsiasi momento le coperture in essere e le relative condizioni contrattuali, nonché lo stato dei pagamenti e le scadenze di versamento dei premi. Prima della stipula è opportuno verificare le concrete modalità di accesso a tali aree adottate dall'impresa.



## Leggere prima di firmare

I contratti di assicurazione sono spesso di difficile interpretazione, ma questo non è un buon motivo per non leggerli affatto. Come abbiamo detto nelle pagine precedenti, i distributori hanno il dovere di informare gli utenti sui contenuti dell'assicurazione offerta, valutando l'adeguatezza della stessa in relazione ai bisogni dell'assicurato. Nonostante ciò, l'unico modo per rendersi conto di cosa stiamo per firmare è leggere la polizza, i documenti informativi e l'opuscolo che contiene le condizioni di contratto. In questo modo potrete chiedere spiegazioni di ciò che non è chiaro e soprattutto individuare la clausola che contiene la garanzia che vi interessa, per evitare amare sorprese al momento del sinistro.

In base all'art. 166 del Codice delle Assicurazioni, le clausole contrattuali più pericolose per il consumatore devono avere un particolare rilievo grafico. Si tratta quelle condizioni che comportano decadenze, nullità, limitazioni della garanzia o oneri a carico dell'assicurato. Il contratto deve inoltre contenere all'inizio (o alla fine) un glossario, ovvero un elenco con i diversi termini tecnici di maggiore utilizzo con le relative definizioni.

Al momento della stipula verificate la presenza di tutti i documenti e in particolare quello con le condizioni di assicurazione, spesso contraddistinto da un codice numerico identificativo (per esempio modello n. 1234, oppure edizione 11) richiamato in polizza, che indica la versione delle condizioni di assicurazione applicabili alla vostra assicurazione. Le compagnie possono variare infatti nel tempo le condizioni contrattuali, ma a voi saranno applicabili quelle indicate nella vostra polizza. In generale, poi, un'appendice con un contenuto diverso dalla polizza prevale, perché emessa successivamente per documentare una modifica contrattuale. Quindi, prima di firmare la polizza che vi viene consegnata dall'assicuratore (a breve sarà possibile farlo anche elettronicamente), controllate attentamente che corrisponda alla proposta o al preventivo.

## Il valore assicurato

Abbiamo già visto che uno degli elementi in base ai quali viene calcolata l'entità del premio è la consistenza della somma assicurata.

In generale si può dire che la somma assicurata costituisce la cifra massima che l'assicuratore è tenuto a sborsare, tant'è che viene solitamente chiamata massimale; in caso di sinistro, quindi, l'assicuratore non potrà mai essere obbligato a pagare una somma superiore. Ciò non significa, però, che la somma assicurata coincida sempre con quella che deve essere pagata.

Nelle assicurazioni contro i danni va tenuto conto di un principio stabilito dall'art. 1908 del Codice Civile: nell'accertare l'entità del danno non si può attribuire alle cose danneggiate un valore superiore a quello che avevano al momento del sinistro. Non sempre, tuttavia, è facile dare un valore al bene da assicurare o danneggiato, come per esempio un'opera d'arte o un mobile di antiquariato; in questi casi è possibile stabilirlo al momento della stipula del contratto tramite una stima, e cioè una valutazione scritta dell'oggetto da assicurare fatta da un esperto, che diventa parte della polizza.

Spesso viene invece chiesto all'assicurato di determinare il valore dei beni. Prestate molta attenzione a questa dichiarazione, perché in caso di danni, il perito della compagnia potrebbe contestarla ritenendola eccessiva oppure insufficiente. Nel caso la vostra valutazione dei beni sia eccessiva, la compagnia vi liquiderà solo il danno reale, senza restituirvi alcuna parte del premio versato in eccesso. Nell'ipotesi, invece, che la vostra valutazione sia troppo bassa, la compagnia potrà ridurre il risarcimento proporzionalmente alla percentuale di valore non dichiarato. Si parla in questo caso di assicurazione parziale o di sottoassicurazione (art. 1907 del Codice Civile).

## La quietanza

Una volta trovato un accordo con la compagnia per il pagamento, spesso viene sottoposta al consumatore la sottoscrizione di un documento definito quietanza. Anche in questo caso l'attenzione deve essere massima. Con tale atto infatti dichiarate di essere stati soddisfatti di quanto ricevuto e di non avere più nulla a pretendere. Ciò significa che non potrete richiedere even-

### ESEMPIO PRATICO

Per capire come varia il rimborso col variare del valore della cosa assicurata, prendiamo il caso del signor Rossi, che ha acquistato un'auto nel gennaio del 2018 al costo di 20.000 euro, assicurandola per la stessa cifra. Nell'ottobre dello stesso anno l'auto viene rubata e poi ritrovata con danni per 18.000 euro.

Nel frattempo il valore di mercato dell'auto (che è stata usata, anche se per pochi mesi) è diminuito a 16.000 euro e ciò che resta della vettura viene valutato 500 euro a prezzo di rottame.

Il danno che la compagnia risarcirà al signor Rossi non sarà quindi di 18.000 euro, ma il risultato del calcolo del valore al momento del sinistro (16.000 euro) meno il valore dopo il sinistro (500 euro). E cioè 15.500 euro.

tuali ulteriori somme o altri danni in quel momento non valutati. È bene quindi essere certi di quello che si sottoscrive e, se in dubbio, meglio non firmare tale documento. Nel caso in cui vengano liquidate spese di assistenza legale, è opportuno chiedere che l'ammontare delle stesse venga espressamente precisato dalla compagnia nella quietanza (ciò è obbligatorio solo per sinistri Rc auto). Qualora l'impresa invii unilateralmente un assegno o un bonifico, potrà essere accettato e incassato come acconto sull'eventuale maggior danno o capitale rivendicato. È consigliabile scriverlo alla compagnia, fermo che in tale caso non dovrà essere firmata l'eventuale quietanza di accompagnamento.

## La prescrizione

Secondo la legge (art. 2952 del Codice Civile), tutti i diritti a favore dell'assicurato che derivano da un contratto di assicurazione si estinguono, ovvero cessano, se non vengono esercitati per un determinato periodo di tempo: il termine giuridico che definisce questa regola è prescrizione. Per le polizze vita tale termine è di 10 anni, per le polizze danni, invece, la prescrizione scatta dopo 2 anni. La prescrizione decorre dalla data in cui si è verificato l'evento oggetto della polizza (e cioè la data in cui è avvenuto un incidente, è scaduta la polizza vita, si è verificato un infortunio ecc.).

Fanno eccezione le assicurazioni di responsabilità civile per la famiglia o la casa, per cui è previsto che il termine decorra dal momento in cui l'assicurato ha ricevuto la prima richiesta di risarcimento (e non da quando è accaduto l'incidente di cui è responsabile).

Quindi, se l'assicurato rimane inattivo per 2 anni per le polizze danni, oppure per 10 anni per le polizze vita, perde ogni diritto. È possibile interrompere la prescrizione tramite una raccomandata a.r. o una pec, costituendo così un nuovo termine di decorrenza della stessa a partire dalla data della lettera.

Il nostro consiglio è dunque quello di comunicare con l'assicuratore sempre per iscritto, tramite raccomandata a.r., conservando una copia della lettera, insieme al tagliando di invio e alla cartolina di ricevimento, oppure via pec (accertandosi che quella del destinatario sia una casella di posta certificata), precisando ogni volta che richiedete il risarcimento del danno (vedi **Modello 4** in Appendice). Ricordate che mille telefonate e cento visite agli uffici della compagnia non valgono una lettera raccomandata con avviso di ricevimento o una pec, di cui rimane traccia certa.

Inoltre, ricordate di non fare affidamento sulle eventuali comunicazioni scritte da parte dell'assicuratore, che di solito contengono la frase "salvi e impregiudicati i reciproci diritti" o simili che non servono a interrompere la prescrizione.

*Pagina bianca*

# 2

## Come difendersi

Quando le aspettative di un indennizzo non si realizzano può insorgere una lite. La normativa fissa alcune regole basilari nella relazione tra le parti. Nello specifico vieta alle compagnie di richiedere documenti che non siano pertinenti alla richiesta di indennizzo o di omettere sistematicamente di rispondere alla corrispondenza con l'assicurato; in caso di contatto telefonico è altresì vietato addebitare costi superiori a quelli previsti per le tariffe urbane. Se il pagamento tarda oppure è insufficiente, in prima battuta, ove si sospetti che la compagnia non abbia tenuto il comportamento dovuto, è bene chiedere alla stessa di comunicare per iscritto la propria posizione. La via più breve è quella di prendere contatto direttamente con la compagnia, per esempio per tramite dei call center o attraverso il liquidatore, che ha il potere di decidere se e quanto pagare il sinistro. Se tale tentativo non va a buon fine, vediamo quali possono essere i rimedi.

### La richiesta di informazioni

Va premesso che se non siamo certi della nostra posizione oppure non conosciamo quali siano le coperture a cui abbiamo aderito o se i conteggi inviati dalla compagnia non risultano chiari oppure se non reperiamo le

condizioni contrattuali, è opportuno formalizzare una richiesta scritta alla propria compagnia da indirizzare all'ufficio reclami (di cui scriviamo più avanti) e all'ufficio che ha in gestione la nostra posizione. La richiesta (vedi **Modello 5** in Appendice) potrà essere inviata anche solo a mezzo di e-mail ordinaria. Le imprese sono tenute a dare una risposta entro 20 giorni a ogni richiesta di informazione o di conteggio delle prestazioni liquidate proveniente da un assicurato, con indicazione delle modalità seguite per arrivare al calcolo della prestazione.

## **Il reclamo**

Le compagnie sono tenute a istituire un ufficio reclami che deve dare risposta alle lamentele degli assicurati entro 45 giorni (Regolamento 24 IVASS). Gli indirizzi sono riportati sui siti internet delle imprese e devono essere indicati nella nota informativa consegnata all'assicurato. In genere si trovano nella sede della direzione della compagnia e sono contattabili anche per via telematica.

## **Verso la compagnia**

Se l'indennizzo che avete ricevuto non è congruo o avete subito qualche violazione dei vostri diritti, rivolgetevi all'ufficio reclami della compagnia (vedi **Modello 6**).

Il reclamo dovrà contenere i dati delle parti coinvolte, il numero della polizza o del sinistro, i motivi della lamentela. Per difendersi meglio, se utile, è bene ricordare alle compagnie che la legge prevede che le clausole dubbie devono essere interpretate in senso favorevole al consumatore (art. 1370 Codice Civile e art. 35 Codice del Consumo). Le clausole che invece determinano un rilevante squilibrio tra i diritti e gli obblighi delle parti sono vessatorie e quindi inefficaci (art.33 e seguenti del Codice del Consumo). Un'altra regola interpretativa prevede che le clausole particolari prevalgano su quelle generali (art. 1342 Codice Civile).

## **Verso gli intermediari**

L'ufficio reclami della compagnia sarà tenuto a dare risposta anche ai reclami che hanno per oggetto la condotta dei propri agenti o dei loro dipendenti o collaboratori (ma non dei broker o degli altri intermediari).

In caso di reclamo verso gli intermediari, il termine di 45 giorni per la risposta può essere allungato fino a 60 giorni per consentire alla compagnia di effettuare le verifiche del caso presso l'agente.

In caso di reclami verso broker o banche e altri intermediari finanziari, il reclamo andrà invece indirizzato all'ufficio reclami istituito dagli stessi, tenuto a dare una risposta entro 45 giorni.

## Il ricorso agli enti di controllo

Qualora la risposta dell'ufficio reclami della compagnia di assicurazioni non giunga entro il termine stabilito, oppure sia per voi insoddisfacente, potrete decidere di richiedere l'intervento delle autorità di vigilanza in materia assicurativa.

### **La richiesta di intervento dell'IVASS**

Come abbiamo scritto nel **capitolo 1**, l'Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) si occupa di verificare la regolarità della condotta della compagnia o dell'intermediario, ma non può però sostituirsi al Giudice. Per chiedere il suo intervento basta l'invio di una semplice comunicazione alla quale allegare il reclamo già inviato alla compagnia senza avere ricevuto soddisfazione (vedi **Modello 7** in Appendice).

L'IVASS, in caso di contestazione, non può però obbligare la controparte a pagare il risarcimento da voi richiesto, né può compiere accertamenti di fatto (per esempio per comprendere se la rottura di un tubo è oggetto di copertura o se il valore di un veicolo corrisponde a quello indicato dalla compagnia). L'Istituto di Vigilanza, tuttavia, può verificare le ragioni per cui non è stata data risposta, oppure se i termini per il riscontro sono stati ragionevoli o ancora se la presa di posizione delle controparti è stata espressa in modo chiaro.

In genere, dopo l'intervento dell'IVASS, le assicurazioni sono più disponibili a offrire dettagli e informazioni che prima non eravate riusciti a ottenere. Resta il fatto che il controllo operato dall'IVASS è più sulla forma che sulla sostanza del rapporto.

Una volta ricevuto il reclamo, l'IVASS potrà eventualmente chiedere chiarimenti all'impresa o all'intermediario. Essi sono tenuti a darli entro 30 giorni. Nei successivi 90 giorni l'ente dovrà assumere le proprie decisioni. Se il reclamo ha per oggetto il rifiuto della compagnia a stipulare una polizza Rc auto, i termini appena indicati sono dimezzati.

L'IVASS può anche arrivare a sanzionare le imprese e gli intermediari. Tenete presente che è inutile contattare l'IVASS prima di avere fatto reclamo alla vostra compagnia: in questo caso infatti l'Istituto trasmetterà il reclamo all'assicurazione chiedendo alla stessa di rispondere entro 45 giorni. L'unica eccezione a questa regola si ha quando si verificano violazioni di norme che determinano immediatamente sanzioni amministrative a carico delle compagnie (come per le polizze Rc auto, in caso di mancato pagamento del risarcimento nei termini previsti dalla legge).

Dato che l'IVASS effettua controlli sui registri dei reclami, considerando numero e tipologia di lamenti, è sempre opportuno protestare se qualcosa non va o la compagnia si è comportata in modo scorretto, quantomeno per lasciare traccia della vostra insoddisfazione.

## **La richiesta di intervento della CONSOB e della COVIP**

Per alcune particolari polizze vita, aventi caratteristiche di investimento finanziario o pensionistiche, che illustreremo nella terza parte di questa guida, dopo avere scritto all'ufficio reclami della compagnia o dell'intermediario senza soddisfazione, per insistere nelle proprie contestazioni non occorrerà rivolgersi all'IVASS, ma ad altri enti di controllo, che variano a seconda del tipo di polizza sulla quale è sorto il problema.

Per quanto riguarda le polizze vita cosiddette linked e quelle di capitalizzazione, dopo avere contattato l'impresa, i reclami andranno indirizzati alla CONSOB (via G.B. Martini, 3 – 00198 Roma).

Per le polizze vita che hanno natura di piano pensionistico individuale, i reclami andranno inoltrati alla COVIP (via Arcione, 71 – 00187 Roma).

In caso di dubbio su quale autorità coinvolgere si potranno consultare i documenti informativi della polizza che devono contenere obbligatoriamente tale indicazione.

## **La mediazione e la negoziazione assistita**

In caso di controversia con la compagnia, non è obbligatorio seguire la procedura di reclamo che abbiamo descritto sopra. Se si è insoddisfatti della posizione assunta dalla compagnia, prima di procedere in giudizio, occorre effettuare un tentativo obbligatorio di conciliazione, che necessita



dell'assistenza di un avvocato. La procedura è tuttavia diversa in base al tipo di polizza oggetto di contenzioso.

Per tutte le polizze diverse dalla Rc auto, è indispensabile effettuare un tentativo di mediazione presso alcuni organismi autorizzati dal ministero della Giustizia. La legge mira a incentivare tali accordi amichevoli al fine di ridurre il numero e quindi la durata dei processi. Tali organismi, per esempio, possono essere costituiti presso le Camere di Commercio o gli Ordini degli avvocati. Come indicato, per procedere a tale tentativo è obbligatorio avvalersi dell'assistenza di un legale.

L'organismo di mediazione richiederà per tale attività un compenso anche qualora la mediazione non vada a buon fine. Gli importi vengono calcolati in base al valore e al tipo di attività svolte. È quindi opportuno verificare a quanto ammontino tali costi consultando preventivamente il tariffario dell'organismo, tenendo sempre presente che a tali oneri dovrà aggiungersi l'onorario del proprio legale.

Per i sinistri Rc auto, al posto della mediazione davanti agli organismi abilitati dal ministero della Giustizia occorrerà avviare, anche qui con l'assistenza obbligatoria di un avvocato, una negoziazione assistita. In altre parole l'avvocato, prima di iniziare la causa, dovrà invitare formalmente la compagnia assicurativa a trovare un'intesa amichevole. La compagnia potrà decidere entro 30 giorni se avviare tale procedura, che dovrà comunque concludersi entro 3 mesi. Anche in questo caso la legge ha cercato di introdurre un meccanismo obbligatorio volto a favorire gli accordi tra le parti prima di avviare il giudizio.

## Altre procedure di risoluzione amichevole delle controversie

Per i soli sinistri stradali è anche possibile avviare un tentativo di conciliazione facoltativo e senza l'assistenza di avvocati attraverso le associazioni dei consumatori. Ne parleremo in modo diffuso nel capitolo relative alle polizze sulle auto. Si tratta comunque di una soluzione non obbligatoria e che non sostituisce la procedura di negoziazione assistita.

La legge prevede inoltre la prossima istituzione di altri strumenti alternativi di risoluzione delle controversie, in modo analogo a quanto già previsto nell'ambito bancario e finanziario, dove sono state istituite procedure arbitrali a distanza e a basso costo che non richiedono l'assistenza obbligatoria di un avvocato. Al momento in cui scriviamo, tuttavia, la normativa attuativa non è stata ancora emanata.

## Le azioni giudiziali

Se i tentativi di accomodamento amichevole della vertenza non vanno a buon fine, una volta espletata la procedura obbligatoria di mediazione o di negoziazione assistita, non rimarrà che rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il Giudice di Pace, le cui cause sono in genere più brevi, è competente per giudizi fino a 20.000 euro solo se relativi a incidenti Rc auto o Rc natanti (quindi non per il furto di mezzi o per le altre polizze accessorie auto) e fino a 5.000 euro per tutte le altre controversie assicurative. Tali limiti di valore verranno aumentati a partire dal 31 ottobre 2021 e verranno portati rispettivamente a 50.000 euro per i sinistri Rc auto e a 30.000 per le altre cause.

Le cause assicurative di valore economico superiore a quello sopra indicato sono invece di competenza del Tribunale, quindi con una tempistica decisamente più lunga.

Se la controversia ha per oggetto un problema di ordine tecnico (per esempio la perizia volta a individuare le cause di un danno, oppure la quantificazione dello stesso) è anche possibile avviare una procedura di accertamento tecnico preventivo. In poche parole con questa procedura il Giudice nomina, in tempi brevi, un perito che ha il compito di valutare i profili tecnici della controversia (per esempio per individuare l'ammontare del danno biologico subito da una persona in un incidente stradale). Tale particolare procedimento si conclude solo con il deposito della consulenza tecnica e quindi senza alcuna sentenza di condanna. Sulla base di tale perizia che, essendo effettuata su incarico del Giudice, avrà particolare rilievo quale prova, le parti potranno poi cercare di trovare un accordo avendo in mano dei criteri di valutazione già acquisiti davanti a un Giudice.

Il vantaggio di questa procedura è la rapidità rispetto ai tempi di un giudizio ordinario. Ove l'accordo non venga raggiunto neppure dopo questo passaggio (comunque facoltativo), le parti sono libere di iniziare la causa di merito, fermo restando che la perizia sarà valida anche in tale giudizio.

Nulla esclude comunque che, dopo avere litigato per anni con l'assicurazione, si possa trovare un accordo amichevole anche in corso di causa e che quindi la stessa possa essere abbandonata prima della sua conclusione. In questo caso chiedete di indicare l'ammontare delle spese legali che vengono rimborsate.

## L'arbitrato

In alcune polizze, in particolare in quelle infortuni e malattia, è spesso prevista la possibilità di demandare la definizione di una controversia a un collegio arbitrale. Si tratta di una procedura rapida in cui ciascuna delle parti nomina

un proprio perito; i due periti a loro volta ne designano un terzo, in modo che i soggetti chiamati a decidere sulla controversia siano tre. Ciò allo scopo di consentire la formazione di una maggioranza in caso di disaccordo tra gli stessi. Nel caso non si raggiunga un'intesa sulla nomina del terzo perito, i contratti prevedono che la nomina giunga da un organo indipendente (per esempio il presidente del Tribunale o dell'ordine dell'albo professionale a cui appartengono i periti). Questa procedura deve essere regolamentata dal contratto. Spesso l'arbitrato ha una durata breve e non è necessario nominare un legale. Il rischio è tuttavia che le spese di assistenza del proprio arbitro rimangano a carico dell'assicurato anche in caso di vittoria. Diversamente da quanto accade nelle cause davanti al Giudice di Pace o al Tribunale, non è infatti previsto che il soccombente, ovvero chi perde, rimborsi le spese al soggetto vittorioso. Ci sono, però, anche altri lati negativi: la procedura è spesso costosa; inoltre il proprio arbitro, oltre ad avere delle specifiche competenze tecniche, deve avere un minimo di dimestichezza sulle questioni giuridiche connesse alla procedura arbitrale.

La clausola che prevede il ricorso alla procedura arbitrale non deve escludere comunque il diritto dell'assicurato di rivolgersi al Giudice.



# PARTE SECONDA

L'assicurazione  
contro i danni

*Pagina bianca*

# 3

## Principi generali

Le polizze danni garantiscono una tutela da eventi futuri e incerti che possano danneggiare cose o persone, causando pregiudizi di tipo economico. Basta pensare, per esempio, alle polizze fabbricati oppure alle polizze malattia o a quelle legate all'auto. In questo capitolo esamineremo le regole comuni a tutte le assicurazioni contro i danni; in quelli successivi daremo uno sguardo alle diverse coperture presenti sul mercato.

### Le informazioni precontrattuali

Come abbiamo visto, prima della stipula deve essere consegnato al consumatore un documento informativo con le indicazioni di massima sul contenuto della polizza. Si tratta di una sintesi dei rischi assicurati e di quelli esclusi, e della somma assicurata. Devono essere anche indicate modalità di pagamento e i premi, la durata, le indicazioni sullo scioglimento del contratto e gli obblighi da seguire in caso di richiesta di risarcimento. In poche parole si tratta del primo documento da consultare per valutare se stipulare il contratto e per verificare quali comportamenti tenere nel corso della vigenza dello stesso. Per i prodotti assicurativi legati all'auto, al fine di rendere più comprensibili i contenuti del documento, le informazioni vengono rese attraverso delle

risposte ad alcune domande standard (del tipo “Cosa è assicurato?”, “Cosa non è assicurato?” ecc.). Dopo la stipula deve essere quindi consegnato un set informativo contenente il documento precontrattuale e le condizioni contrattuali oltreché la polizza.

## La durata

La legge non fissa una durata massima per le polizze danni anche se, di fatto, questo tipo di assicurazione raramente supera i 10 anni. Se il contratto ha una durata minima superiore all’anno, il consumatore ha però diritto a uno sconto che deve essere indicato espressamente nella polizza. La durata può essere tacitamente prorogata, tanto che la clausola che prevede il rinnovo automatico del contratto in assenza di una disdetta scritta è presente in molti contratti di assicurazione.

Ciascuna proroga può essere al massimo di 2 anni. Fate molta attenzione a queste clausole: dato che sono piuttosto impegnative, devono avere una doppia sottoscrizione del contratto, altrimenti sono nulle (art. 1341 del Codice Civile).

In ogni caso, il termine di preavviso per la disdetta non può essere eccessivamente lungo rispetto alla durata del contratto. Per esempio, la Corte di Appello di Roma ha ritenuto vessatorio e quindi inefficace un termine di disdetta di 60 giorni in una polizza di durata annuale (sentenza 1780/2002). Per le polizze Rc auto, di cui parleremo nel **capitolo 6**, valgono delle regole particolari: la durata massima è di un anno e non è previsto il tacito rinnovo.

## **Come dare la disdetta**

Il contratto può essere sciolto anticipatamente rispetto alla durata indicata nel contratto solo se questa è superiore a 5 anni e comunque dopo che è trascorso almeno un quinquennio. In questa ipotesi, il consumatore deve inviare il recesso con preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza dell’annualità (vedi **Modello 8** in Appendice).

Se non siete più interessati a mantenere il contratto, verificatene perciò attentamente la durata, la presenza di clausole di tacito rinnovo ed entro quanto tempo dalla data di scadenza dovete comunicare l’annullamento.

Inviare la disdetta sempre per iscritto, tramite una raccomandata a.r., o via pec alla casella pec della compagnia; in questo modo avrete la certezza che la vostra comunicazione sia stata ricevuta in tempo utile.



Verificate inoltre se potete avvalervi del recesso anticipato previsto per i contratti poliennali. Preparatevi sempre con un largo anticipo e leggete il contratto: in genere occorre manifestare la propria volontà di sciogliere il rapporto con un preavviso di 30 giorni, tenendo presente che il servizio postale può risultare imprevedibile. Se decidete di consegnare la disdetta a mano, tenetene per voi una copia sulla quale fare apporre un timbro di ricevuta completo di intestazione, data e firma di chi riceve.

Se poi dovete dare la disdetta di più polizze, anche se non sarebbe strettamente necessario, vi consigliamo di utilizzare una lettera per ogni polizza: è senza dubbio più costoso, ma eviterà spiacevoli disguidi.

## Disdire dopo un sinistro

In alcuni contratti di durata pluriennale è prevista la possibilità di recedere dopo l'inoltro di una richiesta di risarcimento danni avanzata dall'assicurato. Il recesso deve essere comunicato di solito entro 30 o 60 giorni dalla definizione della pratica e vale sia per l'assicurato sia per la compagnia.

Nonostante sia formalmente riconosciuta anche al cliente, questa possibilità di fatto privilegia le assicurazioni che possono liberarsi dal contratto in caso di rischio di ulteriori richieste di risarcimento. Il consumatore può così trovarsi improvvisamente privo di copertura assicurativa, in contraddizione con la sua legittima aspettativa di essere assicurato per tutto il periodo di validità della polizza. Riconoscendo tale principio, anche se solo per le polizze malattia, l'IVASS ha stabilito che non è più ammesso il recesso anticipato da parte della compagnia.

## Il sinistro

Nel linguaggio tecnico delle assicurazioni, il sinistro è l'evento che ha provocato il danno. Ci possono essere numerose cause, eventi naturali (per esempio, la grandine) oppure comportamenti umani (per esempio, il furto).

## Se il fatto è intenzionale

Un principio che accomuna tutti i contratti di assicurazione stabilisce che non può essere coperto un sinistro causato con dolo da parte dell'assicurato, cioè causato con la consapevolezza che avrebbe provocato un danno. Dal punto di vista assicurativo, non importa se ci sia stata l'intenzione di

incassare l'indennizzo oppure no, basta semplicemente che il comportamento che ha creato il danno fosse volontario. Così, per esempio, se un uomo, assicurato per il rischio di responsabilità civile, durante un litigio dà un pugno a un'altra persona, non potrà chiedere l'intervento della sua assicurazione e dovrà pagare di tasca propria gli eventuali danni causati. Se però l'evento doloso è di una persona estranea al contratto, anche se si tratta di qualcuno di cui l'assicurato deve rispondere, come un dipendente o un figlio minore, il danno che ne deriva è in garanzia.

Se poi, alla base dell'evento doloso, c'è l'interesse a incassare un indennizzo, a carico del danneggiato o dell'assicurato scatta anche la responsabilità penale. È il caso di chi finge di avere subito un atto vandalico per avere diritto al risarcimento, quando ha urtato un ostacolo da solo. Questi comportamenti sono puniti dalla legge (art. 642 del Codice Penale), che condanna il danneggiamento fraudolento dei beni assicurati e della propria persona e che rende perseguibile chi denuncia un sinistro non accaduto o ne altera elementi di prova.

## La colpa grave

L'assicuratore può rifiutare di pagare anche in caso di colpa grave (art. 1900 del Codice Civile), e cioè di una negligenza rilevante. Se, per esempio, un automobilista dimentica le chiavi dentro la propria vettura che poi gli viene rubata, l'assicurazione per il rischio furto può decidere di non risarcire il danno. In questi casi, però, è prevista una via d'uscita: compagnia e assicurato possono pattuire che la colpa grave sia coperta dalla garanzia. Vale quindi anche in questo caso il consiglio di leggere bene le condizioni contrattuali e di cercare di personalizzare il contratto, dove è utile. Tenete comunque presente che spetta all'assicuratore dimostrare l'esistenza sia del dolo sia della colpa grave, e non il contrario.

## Gli obblighi dell'assicurato

Quando si verifica un sinistro bisogna informare l'assicuratore entro 3 giorni (art. 1913 del Codice Civile). Non si tratta di un termine tassativo, tanto che non sono previste sanzioni in caso di ritardo. Vi consigliamo però di rispettarlo, in modo da mettere l'assicuratore in condizione di poter fare ogni indagine per stabilire le circostanze dell'evento, accertare se rientra fra quelli assicurati e determinare l'entità del danno. Altrimenti, l'assicuratore potrebbe contestare che il ritardo nella denuncia gli ha impedito di svolgere in tempo utile le indagini. Ricordate che la soluzione migliore per inviare la denuncia è ancora una volta

la raccomandata a.r. o la pec; e-mail e fax sono alternative valide, ma richiedono che la controparte dia una conferma di ricezione. Non dimenticate, poi, che non basta comunicare cosa è accaduto, ma occorre far avere all'assicuratore tutti gli elementi necessari per inquadrare il fatto fra le garanzie previste nel contratto e per quantificare il danno, fornendo eventuali chiarimenti e documenti richiesti dall'assicuratore, purché abbiano attinenza con quanto accaduto.

Un altro obbligo dell'assicurato è quello di fare tutto il possibile per evitare o diminuire il danno (art. 1914 del Codice Civile). Così, per esempio, a fronte della rottura di un tubo di un impianto assicurato, l'utente deve evitare che il danno si estenda chiedendo, se necessario, anche l'intervento immediato di un tecnico.

## Come farsi risarcire

Il primo passo da fare per mettere in moto la procedura per il risarcimento del danno subito è la denuncia del sinistro. Occorre cioè informare la propria assicurazione di quanto accaduto.

Dopo aver ricevuto la segnalazione dell'accaduto, l'assicurazione istruisce una pratica a cui viene associato un numero di identificazione (il cosiddetto numero di sinistro) e viene accertato il versamento del premio; se, infatti, il premio non è stato pagato alla scadenza prevista o non è stato pagato affatto, i danni non sono coperti dalla garanzia. Successivamente, la compagnia verifica che il sinistro rientri nella copertura.

Quello che l'assicuratore esamina è soprattutto la denuncia, che quindi deve essere ben redatta e, oltre a riportare luogo, data e ora dell'accaduto, deve contenere una corretta descrizione di come si sono svolti i fatti e ogni altro elemento che possa essere utile a inquadrare la situazione, anche alla luce di quanto stabilito dal contratto. Se avete dei dubbi, rivolgetevi all'intermediario con cui avete stipulato la polizza o contattate il call center della compagnia e fatevi consigliare su come redigere la denuncia.

## **Le indagini del perito**

Non sempre gli elementi forniti dall'assicurato sono sufficienti per inquadrare il sinistro nell'ambito delle garanzie previste nel contratto. Molto spesso l'assicuratore incarica un proprio perito di svolgere accertamenti per verificare le dinamiche e le conseguenze, in particolare per stabilire l'ammontare del danno. Il fatto che l'assicuratore abbia incaricato un perito, però, non significa necessariamente che abbia già deciso di pagare l'indennizzo, neanche se il perito

## Cosa inviare

Consultate attentamente la polizza per verificare se ci sono documenti che è necessario allegare. Nel caso, nella lettera inserite un elenco di tutto il materiale incluso. Se possibile, tenete per voi gli originali, consegnandoli solo al momento della liquidazione. Fate comunque una copia di tutto quello che inviate, conservandola insieme all'avviso di ricevimento della raccomandata o alle ricevute della pec. Inoltre, informatevi da subito sul vostro numero di sinistro e sui recapiti del liquidatore.

concorda con l'assicurato la somma da versare. L'accertamento e la valutazione del danno vengono sempre effettuati, come dicono gli assicuratori, "in via cautelativa", senza che ciò comporti il riconoscimento del diritto all'indennizzo. La decisione finale spetta sempre alla compagnia e il sinistro potrebbe essere ancora respinto. In altre parole il perito non ha il potere di effettuare il pagamento degli indennizzi.

Vi consigliamo di non aspettare troppo e di non accettare la valutazione del perito della compagnia (che, si sa, non brilla mai per generosità) senza aver prima effettuato un vostro riscontro rivolgendovi a un esperto di vostra fiducia. È importante, infatti, cercare sempre di trattare con l'assicuratore ad armi pari. Evitate inoltre di sottoscrivere un documento denominato "accertamento conservativo del danno", con il quale il perito vi chiede di accettare la sua valutazione, se prima non avete chiesto il parere a un vostro consulente o se non avete ancora richiesto un preventivo sulla spesa da sostenere per riparare i danni che avete subito. Una vostra sottoscrizione frettolosa può infatti essere utilizzata dalla compagnia per contestare eventuali pretese che superino tale somma.

In altre parole, in questa fase evitate di farvi cogliere dalla fretta di definire la pratica. Sarete comunque in tempo a comunicare al liquidatore della compagnia se ritenete la valutazione del perito congrua o meno.

## Tre possibili risposte

Una volta che il perito avrà portato a termine tutti i controlli, l'assicurazione dovrà darvi una risposta. A questo punto potrete trovarvi di fronte a tre possibilità:

- l'assicuratore ritiene il sinistro coperto e propone come risarcimento una somma da concordare con l'assicurato. A volte, può accadere che la compagnia provveda unilateralmente a inviare un assegno o un bonifico per

il pagamento del danno. Se dovesse capitarvi, evitate di firmare quietanze e liberatorie e comunicate all'impresa che incassate la somma come acconto, riservandovi di valutarla oppure, se già è possibile, contestandone l'ammontare;

- l'assicuratore ritiene che il sinistro non rientri fra quelli coperti dalla garanzia assicurativa;
- l'assicuratore ritiene il sinistro coperto, ma propone un indennizzo inferiore a quello a cui l'assicurato ritiene di avere diritto.

Se il vostro caso corrisponde alla seconda o alla terza ipotesi, non accontentatevi di una spiegazione verbale da parte della compagnia. Non si tratta solo di una questione di principio: una comunicazione scritta è fondamentale anche e soprattutto per valutare, alla luce delle condizioni del contratto, se l'assicuratore ha ragione o se si sbaglia.

Cercate quindi di prendere contatto con il liquidatore per avere una risposta scritta e ricordate che è possibile richiedere informazioni oppure sporgere reclamo secondo la procedura descritta nel [capitolo 2](#).

## La franchigia e lo scoperto

Nei contratti assicurativi sono spesso presenti clausole che limitano o escludono gli indennizzi. Tali limitazioni possono assumere il nome di franchigia o scoperto. Si ha una franchigia assoluta nel caso in cui fino a una certa percentuale di danno non viene corrisposto alcun indennizzo: per esempio in caso di invalidità in una polizza infortuni, se viene accertata una percentuale di invalidità permanente del 20% e in polizza è prevista una franchigia assoluta del 5%, verrà corrisposto l'indennizzo solo per il 15% del capitale. Se, invece, in presenza di una franchigia assoluta del 5%, viene accertata una percentuale di invalidità permanente del 3%, non verrà corrisposto alcun indennizzo.

Si ha una franchigia relativa quando, al di sotto di una certa percentuale di danno, non viene corrisposto alcun indennizzo; se, però, la percentuale accertata supera quella della franchigia, l'indennizzo viene corrisposto per intero. Riprendendo l'esempio precedente, se viene accertata una percentuale di invalidità permanente del 3% con una franchigia relativa del 5% non viene pagato alcun indennizzo; se, invece, viene accertata una percentuale di invalidità permanente del 20% l'indennizzo viene pagato per intero.

Si ha invece uno scoperto quando la polizza prevede che comunque, a prescindere dalla franchigia, non venga risarcita una quota del danno (per esempio 500 euro in caso di furto di un mezzo oppure una sua percentuale del valore dello stesso).

Franchigia e scoperto spesso sono entrambi presenti in polizza. Il contratto di frequente prevede che tra franchigia e scoperto si applichi comunque la soluzione più favorevole per la compagnia. Così, per esempio, in una polizza che presenti una franchigia del 20% , con uno scoperto di 500 euro, a fronte di un danno di 1.000 euro la compagnia risarcirà 500 euro e non 800 euro (proprio perché è più conveniente applicare lo scoperto di 500 euro anziché la franchigia che nel caso sarebbe di 200 euro).

## Il pagamento

Una volta che è stata accertata la copertura assicurativa del danno subito e la somma da risarcire, si passa alla fase del pagamento, in gergo detta liquidazione.

Prima di versare quanto dovuto, l'assicuratore può chiedere all'assicurato di firmare "l'atto di quietanza", vale a dire un documento in cui dichiara di accettare la somma a chiusura della pratica e di non avere più nulla a pretendere dall'assicuratore per il sinistro in questione. Come già indicato nel [capitolo 1](#) nessun problema se siete d'accordo sulla cifra; se non lo siete, però, guardatevi bene dal firmare l'atto di quietanza, perché così perdereste ogni diritto a richiedere all'assicuratore l'eventuale differenza. Se serve, chiedete di incassare la cifra proposta come acconto rivendicando il pagamento del saldo, ma senza sottoscrivere la quietanza (vedi [Modello 9](#) in Appendice).

Per quanto riguarda invece i tempi di pagamento, l'unico dato certo è che la nozione di termine che hanno le compagnie di assicurazione non coincide con quella degli assicurati e, spesso, con quella del Codice Civile. Esiste infatti un principio generale in materia di adempimento delle obbligazioni (art. 1183 del Codice Civile) per cui, se non è diversamente pattuito tra le parti, il pagamento deve essere effettuato subito. Quindi, se il contratto non specifica diversamente, come spesso accade, l'assicuratore deve risarcire il cliente non appena entra in possesso della documentazione che prova il diritto al rimborso. Pertanto, una volta forniti i documenti che comprovano il sinistro e consentito ogni necessario accertamento, la compagnia dovrà assolvere immediatamente al proprio obbligo di pagamento. L'IVASS ha comunque invitato le imprese a indicare nei contratti stipulati dopo il primo gennaio 2019 un termine determinato e ragionevole di pagamento.

Per l'indennizzo dei danni da incidente stradale esistono regole diverse, più restrittive per le imprese, di cui parleremo al [capitolo 7](#).

# 4

## Infortuni e malattia

Infortuni a casa o sul lavoro, malattie improvvise o necessità di sottoporsi a interventi chirurgici sono imprevisti che possono capitare nel corso della propria vita, nonostante naturalmente ci si auguri che non debbano avvenire mai.

Se desiderate essere coperti da questi rischi, dovete stipulare una polizza infortuni, che vi coprirà contro gli incidenti, o una polizza malattia, che vi assisterà nel caso abbiate bisogno di cure mediche.

Si tratta di due diversi tipi di assicurazioni, che coprono differenti eventualità. In questo capitolo spieghiamo cosa sono e come funzionano.

### Assicurarsi contro gli infortuni

Le compagnie assicurative considerano infortunio un preciso evento che abbia una causa:

- fortuita, cioè accidentale, involontaria e inevitabile;
- violenta, cioè rapida, improvvisa e in un momento preciso e identificabile;
- esterna, cioè quando non ha origine in una condizione interna dell'organismo dell'assicurato (come avviene invece per le malattie).

Inoltre, per essere coperto dalla garanzia, l'evento deve produrre lesioni che abbiano come conseguenza la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea, cioè delle limitazioni (totali o parziali) delle proprie capacità fisiche che impediscano di svolgere le proprie attività quotidiane indipendentemente dal fatto che siano lavorative o meno. Rientra in questa definizione una casistica illimitata di situazioni che va da un'aggressione a un urto, da una caduta a un incidente stradale.

## Quale rischio assicurare

Le polizze infortuni possono garantire due diversi tipi di rischi.

- **Rischio professionale** È quello che deriva dall'attività lavorativa dichiarata nel contratto. Se, quindi, un impiegato, che svolge lavoro d'ufficio, nel tempo libero arrotondasse facendo l'elettricista e subisse un infortunio in questa circostanza, non avrebbe diritto ad alcun indennizzo, dato che l'infortunio è accaduto durante lo svolgimento di un'attività lavorativa diversa da quella dichiarata. Il nostro consiglio è quello di rispondere dunque sempre con sincerità alle domande dell'assicurazione e di fare molta attenzione alle vostre dichiarazioni al momento della proposta. Se poi nel corso del contratto doveste cambiare lavoro, comunicatelo velocemente e sempre per iscritto, per evitare di incorrere in contestazioni.
- **Rischio extraprofessionale** È quello connesso allo svolgimento di una normale attività non lavorativa, che può essere svolta da chiunque e che non richiede una particolare competenza.

### Infortuni a scuola e nello sport

Molte scuole e associazioni sportive hanno stipulato delle polizze collettive a copertura degli infortuni che si possono verificare durante le attività. In caso di incidente occorre chiedere alla segreteria della scuola o dell'associazione sportiva una copia del contratto, per verificare le effettive coperture. Se il danno è dovuto a una responsabilità del personale addetto (per esempio per mancata vigilanza) o della struttura (per esempio per la presenza di una buca in palestra), si potrà chiedere un risarcimento integrale del danno operando in questo caso i principi di responsabilità civile; qualora invece non sussista alcuna responsabilità il danno verrà liquidato nei limiti della polizza infortuni.



## **Cosa è escluso dall'assicurazione**

Generalmente, in queste polizze sono esclusi gli infortuni avvenuti nelle seguenti situazioni:

- nel corso di competizioni sportive ritenute pericolose (per esempio paracadutismo, parapendio, corse di auto, moto ecc.) o che non abbiano carattere puramente ricreativo (quindi sono escluse gare agonistiche e competizioni ufficiali);
- se si era alla guida senza avere la patente, oppure si guidava sotto l'effetto di alcol o di droghe;
- se l'assicurato commette un delitto, in periodo di guerra, in caso di insurrezione, terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche, in caso di rischio di contaminazioni radioattive.

Si tratta, comunque, di esclusioni modificabili. Se, quindi, fate gare automobilistiche e vi interessa avere un'assicurazione contro gli infortuni che copra anche questo rischio, dovrete chiederlo espressamente all'assicuratore che potrà, con una maggiorazione di premio, estendere la garanzia anche a queste situazioni particolari.

Non è invece possibile far cessare la copertura qualora l'assicurato raggiunga una certa età nel corso della durata del contratto.

## **Cosa garantisce il contratto**

Tenete sempre presente che le garanzie offerte possono essere diverse da contratto a contratto e che quindi vale sempre la regola di leggere bene le clausole prima di firmare. E fate sempre attenzione a franchigie e scoperto, che si trovano in quasi tutti i contratti. Di seguito, proponiamo un elenco di ciò che la compagnia deve generalmente rimborsare.

### **Spese sanitarie**

Alcune polizze prevedono un rimborso parziale delle spese mediche sostenute per l'infortunio. A carico dell'infortunato resta però la franchigia, calcolata in termini percentuali con applicazione di una cifra fissa minima. Per procedere al rimborso, la compagnia chiede l'invio degli originali delle fatture, che saranno poi restituiti all'assicurato dietro sua richiesta (per esempio se ne ha bisogno per poter godere delle detrazioni fiscali per la parte non indennizzata).

## **Inabilità temporanea**

L'assicurato ha diritto di ricevere una determinata somma prestabilita nel contratto (la diaria) per ogni giorno in cui non ha potuto svolgere la propria attività lavorativa. Le polizze generalmente riconoscono una serie di situazioni oggettive, per esempio un ricovero in ospedale o un'ingessatura, e solo raramente concedono un indennizzo per la semplice temporanea impossibilità a lavorare, dato che risulta difficile stabilire sul piano medico quanti siano gli effettivi giorni di inabilità.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli per invalidità permanente e per morte ed è di solito limitato a un numero massimo di giorni indicato sul contratto.

Si tratta di una garanzia abbastanza costosa e perciò consigliabile solamente ai lavoratori autonomi, che possono subire un danno economico anche consistente; i lavoratori dipendenti, infatti, continuano a percepire, in tutto o in parte, lo stipendio anche in caso di assenza per infortunio.

Inoltre le compagnie, per evitare speculazioni e per ridurre i propri costi in caso di sinistro, sono molto restie a garantire diarie elevate. Spesso impongono delle franchigie, cioè stabiliscono che la diaria sarà pagata solo se l'inabilità temporanea supera una certa durata (per esempio un numero minimo di giorni di ricovero).

## **Invalidità permanente**

Trattandosi di un danno irreparabile all'integrità psico-fisica dell'assicurato, viene generalmente valutata indipendentemente dalla professione svolta.

Per essere indennizzata, l'invalidità permanente deve manifestarsi entro un periodo indicato in polizza. Non esistono criteri universali per poter stabilire in quale momento si concretizzi: in alcuni casi è possibile individuarlo con certezza (per esempio l'amputazione di un arto), ma molto spesso è il risultato di un'evoluzione di una lesione, che da uno stato di inabilità temporanea totale passa a quella parziale e poi al definitivo consolidamento: solo allora si potrà dire se ci siano conseguenze permanenti. L'indennizzo può essere dovuto anche successivamente alla scadenza della polizza. Anche per l'invalidità permanente è probabile trovare nella polizza una franchigia (generalmente compresa in una soglia tra il 2% e il 10%) che esclude il risarcimento per danni che causano lesioni lievi. In caso di invalidità grave (oltre il 20%), però, molti contratti non applicano alcuna franchigia. Per valutare l'entità dell'invalidità permanente, si fa riferimento a una tabella, contenuta nella polizza, che elenca una lunga serie di casistiche, assegnando a ogni lesione un valore percentuale rispetto all'intero valore della persona, stabilito al 100%. Le tabelle utilizzate dalle compagnie di assicurazione non sono tutte uguali e sono diverse da quelle adottate per gli incidenti stradali. Spesso viene fatto riferimento alle tabelle elabo-

rate dall'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro), ma la compagnia è libera anche di usare una propria tabella. Non potendo, per ovvie ragioni, indicare tutte le possibili conseguenze permanenti di un infortunio, le tabelle si limitano a prevedere le percentuali relative ad alcuni casi esemplificativi, come la perdita di un arto o di un senso; per i casi non contemplati occorre fare riferimento a perizie medico-legali.

Per determinare l'indennizzo occorre individuare il capitale assicurato e applicare la percentuale di invalidità riconosciuta. Quindi, per esempio, con una polizza con capitale assicurato di 20.000 euro e un'invalidità del 10%, l'indennizzo a favore dell'assicurato sarà di 2.000 euro. Nel caso in cui, prima del pagamento o prima che venga formalmente accertata l'invalidità, l'assicurato muoia, l'indennizzo dovrà essere versato agli eredi. Sembra una considerazione ovvia, ma in molti contratti stipulati fino al 2018 esistevano clausole che sancivano l'intrasmissibilità di tali diritti agli eredi. Questa tipologia di clausole è stata ritenuta vessatoria.

## Morte

L'indennizzo in caso di morte è dovuto se la morte dell'assicurato si verifica entro un dato termine dal giorno dell'infortunio, che solitamente è di 2 anni e può essere dovuto anche se la morte avviene successivamente alla scadenza della polizza.

La somma corrisposta è pari al capitale assicurato e deve essere pagata al beneficiario indicato nel contratto. Alcune polizze prevedono l'indennizzo di un capitale aggiuntivo in caso di presenza di figli minori o portatori di handicap. Al di là di casi e circostanze particolari, questo tipo di polizza è consigliabile a chiunque sia fonte di sostentamento per altri, come chi garantisce l'unico reddito in una famiglia. Tuttavia, se la vostra unica preoccupazione è garantire un reddito a qualcuno in caso di morte, può essere meglio pensare a una polizza temporanea morte (vedi [capitolo 10](#)), che garantisce contro tutti i casi di morte e non solo quelli causati da infortunio.

L'indennizzo per la morte è, in genere, cumulabile con quello per l'inabilità temporanea: se il decesso non avviene immediatamente, la compagnia, oltre al capitale assicurato per la morte, deve pagare anche quello per l'inabilità temporanea. L'indennizzo per morte non è, invece, cumulabile con quello per l'invalidità permanente.

## Come denunciare un sinistro

Quando si verifica un infortunio, il primo obbligo dell'assicurato è denunciare il fatto all'assicuratore. Abbiamo già sottolineato l'importanza di una denuncia rapida e completa di tutti gli elementi che possono consentire all'assicuratore di

inquadrare l'accaduto nell'ambito delle garanzie contrattuali (vedi **Modello 10** in Appendice). Indicate con precisione:

- luogo, giorno e ora dell'evento;
- cause;
- conseguenze dell'accaduto, meglio se documentate da un certificato medico del Pronto Soccorso.

Fate particolare attenzione alla descrizione delle cause dell'evento, dato che sono esaminate dall'assicuratore per accertare se l'infortunio rientra fra quelli coperti dalla polizza. Quindi, se avete avuto un incidente automobilistico, precisate in che circostanza l'incidente è avvenuto, perché se il fatto si è verificato nel corso del III Rally della Montagna non potrà essere indennizzato, a meno che non abbiate chiesto un'estensione della garanzia alle gare automobilistiche.

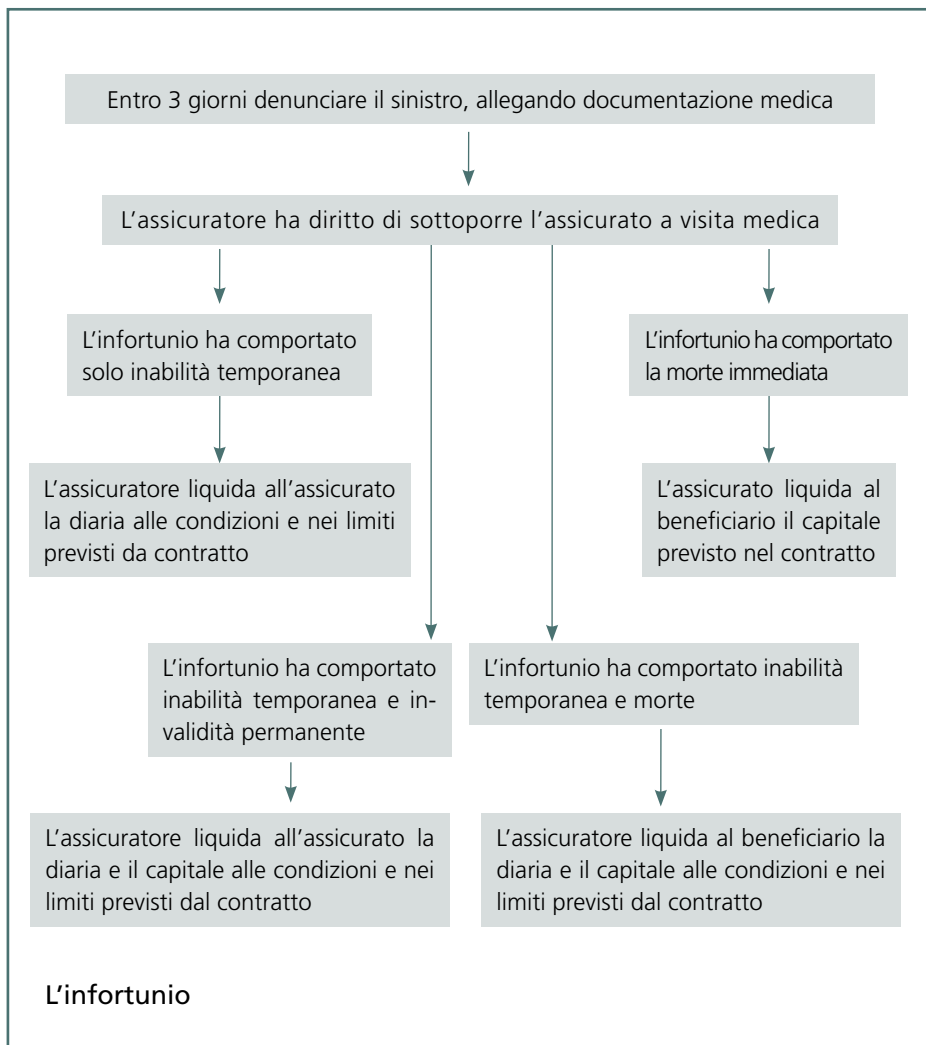
In caso di postumi che determinino un'invalidità permanente, è suggeribile munirsi di una relazione medico-legale che ne dichiari l'esistenza e l'entità in percentuale, che dovrà essere inviata all'assicuratore. In ogni caso la compagnia disporrà una visita medico-legale per accertare il danno fisico. Avere una relazione di un medico di propria fiducia può essere utile sia per valutare l'adeguatezza del giudizio espresso dallo specialista della compagnia sia per descrivere le reali conseguenze dell'infortunio.

## L'indennizzo

Prima di procedere al pagamento, la compagnia valuterà l'assenza di concause, vale a dire delle altre ragioni che insieme all'infortunio hanno contribuito a produrre il danno.

Di concausa si può parlare in riferimento a svariati aspetti: pensiamo, per esempio, a una persona che cammina zoppicando su di un marciapiede dalla pavimentazione sconnessa e cade. Potrebbe sorgere il problema di accertare quale delle due cause abbia provocato la caduta, se la pavimentazione sconnessa o l'andatura malferma, o entrambe le circostanze: un dubbio che può essere risolto solo in riferimento alla situazione concreta. Se, infatti, il marciapiede fosse in pessime condizioni, non avrebbe alcuna importanza il fatto che l'assicurato zoppicasse, perché neanche una persona sana avrebbe potuto evitare la caduta. Se, invece, le condizioni del marciapiede non fossero tali da giustificare la caduta, non si tratterebbe di infortunio: mancherebbe, infatti, una causa esterna, perché la caduta sarebbe stata determinata dalle cattive condizioni di salute del soggetto. In altre parole l'indennizzo viene corrisposto solo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. In caso di contrasto con l'assicura-

tore sull'ammontare da liquidare, l'assicurato, oltre a sporgere reclamo, può attivare la procedura arbitrale (vedi **Modello 11**) o rivolgersi in alternativa al Giudice Civile (vedi **capitolo 2**). Occorre tenere presente che quasi tutte le polizze prevedono una franchigia sotto la quale il danno non viene risarcito. Qualora l'assicurato abbia ricevuto il risarcimento dei danni anche dal responsabile civile è controverso se abbia o meno diritto di ottenere anche l'indennizzo dalla polizza infortuni. Pensiamo al caso della vittima incolpevole di un incidente stradale che abbia anche stipulato una propria polizza infortuni. Secondo parte della giurisprudenza, il pagamento del risarcimento



da parte del responsabile civile assorbe anche quello della polizza infortuni, non potendosi ricevere due indennizzi per lo stesso danno. Tale indirizzo ci sembra criticabile, anche perché l'assicurato versa appositamente un premio proprio per avere una garanzia aggiuntiva.

Nel caso si ritenga di avviare un contenzioso in sede arbitrale (vedi [capitolo 2](#)) la sede dell'arbitrato sarà quella dell'istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatto salvo il diritto di applicare norme più favorevoli all'assicurato.

## I vantaggi fiscali

I premi pagati per le polizze infortuni al momento sono detraibili dalle imposte nella misura del 19% del premio, con un limite di 530 euro. Per godere della detrazione, la polizza deve avere tuttavia caratteristiche specifiche, ovvero deve riguardare il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5%. La detrazione spetta anche per le polizze infortuni accessorie a quelle Rc auto. Data la continua evoluzione della normativa fiscale è sempre opportuno accertarsi di eventuali novità, sia in occasione della stipula del contratto assicurativo, sia in sede di dichiarazione dei redditi.

## Assicurarsi contro le malattie

Nel linguaggio assicurativo, per malattia s'intende un'alterazione dello stato di salute che non deriva da un infortunio e produce necessità di cure. L'oggetto della copertura è quindi il danno che la malattia può causare da

### Il periodo di carenza

Generalmente, la garanzia non entra in vigore subito dopo la firma del contratto, ma inizia da un momento successivo, per esempio dal trentesimo giorno in poi. Si tratta del cosiddetto periodo di carenza.

I periodi di carenza possono essere diversi e più lunghi per le patologie latenti e non manifestate. Per il parto e le malattie legate alla gravidanza, è spesso previsto un termine ancora più lungo, in genere di 300 giorni, per evitare che la polizza venga stipulata a gravidanza già in corso.

un punto di vista sia economico sia lavorativo. A differenza dell'infortunio, la malattia è un evento non dovuto a cause violente ed esterne, ma deve essere fortuito, cioè involontario.

Al di là della definizione di legge, bisogna dire che nel nostro paese coprirsi contro il rischio di malattia non è indispensabile: tutti, infatti, hanno diritto a cure gratuite o dietro il pagamento di un ticket. Nessun contratto di assicurazione privata potrà mai sostituirsi in tutto e per tutto all'assistenza pubblica, tutt'al più può colmare qualche carenza. Il servizio sanitario pubblico, infatti, presta la propria assistenza indistintamente a tutti i cittadini, vecchi o giovani, sani e malati. Molto diverso è, invece, il presupposto dell'assicuratore, che assicura un rischio e non una certezza e non estende la sua garanzia a tutte le possibili malattie che possono colpire un essere umano.

Al momento, inoltre, questo tipo di polizze ha un costo elevato. Anche per tale ragione è opportuno porre la massima attenzione sulle condizioni contrattuali per evitare l'acquisto di un prodotto assicurativo che si riveli, di fatto, inutile.

## **Prima di firmare il contratto**

Al momento dell'adesione, viene spesso chiesta la sottoscrizione di un questionario, che contiene una serie di domande utili ad accertare le condizioni di salute del cliente. Consigliamo di fare molta attenzione nella compilazione di questo documento.

Tenete presente che, come esplicita il modulo nella parte che precede la firma, le dichiarazioni rilasciate sul questionario sono fondamentali perché la compagnia decida se accettare o meno la proposta. Alcune malattie, infatti, rendono la persona non assicurabile o assicurabile solo a condizioni speciali. È meglio essere sinceri piuttosto che, al momento del sinistro, sentirsi respingere l'indennizzo e vedersi annullare la polizza, con l'ulteriore danno di aver buttato via i soldi per i premi pagati fino a quel momento, che l'assicuratore ha diritto di trattenere.

## **Esclusioni e persone non assicurabili**

Dato che sentirsi negare l'indennizzo in un momento difficile come quello della malattia è senza dubbio più spiacevole che vedersi negare dal perito la sostituzione del paraurti, il consiglio che vi diamo è quello di stare molto attenti alle clausole del contratto che riguardano le esclusioni e le limitazioni. Ricordiamo di leggere con attenzione il fascicolo informativo prima della stipula per non avere problemi in un secondo tempo. Come abbiamo già avuto modo di dire, inoltre, nelle polizze malattia è particolarmente importante compilare il questionario con cura. Tra le possibili clausole che possono

portare non solo alla mancata copertura, ma anche all'annullamento del contratto, la più importante è quella relativa alle malattie di cui l'assicurato era già a conoscenza e che ha nascosto all'assicuratore con dolo o colpa grave (art. 1892 del Codice Civile). Occorre anche verificare se la copertura può essere estesa a malattie pregresse già note. Si tratta indubbiamente del principale motivo di contestazione e di litigio in caso di sinistro.

Sono poi di solito escluse le malformazioni preesistenti alla stipula del contratto, tranne quelle congenite di cui l'assicurato sia portatore inconscio, le malattie mentali, le cure dentarie e l'aborto volontario.

Spesso restano scoperte anche le cure rese necessarie da un infortunio provocato da un fatto doloso dell'assicurato o provocato dall'assicurato sotto l'effetto di alcol o di droghe. Se, per esempio, all'uscita di un ristorante in cui ha bevuto troppo, l'assicurato fa a botte con qualcuno, le spese per le cure mediche necessarie non potranno essergli rimborsate.

In genere sono escluse anche le prestazioni di carattere esclusivamente estetico, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica necessari in seguito a un infortunio.

Infine, ci sono alcune malattie che rendono la persona non assicurabile, se presenti al momento della stipula o causano l'immediata cessazione della copertura assicurativa, se si presentano quando il contratto è già in corso. È il caso dell'alcolismo, della tossicodipendenza, dell'AIDS e di alcune gravi infermità mentali come la schizofrenia.

## **Il divieto di recesso da parte della compagnia**

In passato la compagnia poteva recedere anticipatamente dal contratto, con un evidente squilibrio dei diritti tra assicurazione e assicurato a danno del cliente, che non poteva essere bilanciato né dalla restituzione della parte di premio versata e non fruita né dall'esistenza della possibilità di recesso per l'assicurato. Un'assicurazione di questo tipo viene generalmente stipulata per durare a lungo, dato che è possibile ammalarsi in ogni fase della vita e ancora di più con l'avanzare dell'età. Per mettere fine all'uso di clausole così svantaggiose per i consumatori, l'IVASS ha stabilito che non è più possibile per le compagnie recedere dopo un sinistro.

Ha deciso, inoltre, che le polizze non possono più prevedere la cessazione automatica della copertura al raggiungimento di una determinata età, se il contratto è ancora in corso. L'assicurazione può quindi rifiutare i soggetti che ritiene troppo anziani, ma una volta assunto il rischio e sottoscritto il contratto è obbligata a rispettarlo. In passato capitava che le compagnie, dopo avere incassato il premio, contestassero il pagamento dell'indennizzo a causa del raggiungimento di limiti di età, indicati in una delle tante clausole della polizza. Quest'ultima regola vale anche per le polizze infortuni.



## Cosa garantisce il contratto

Le polizze di assicurazione contro le malattie prevedono, di solito quattro possibili garanzie. Analizziamole nello specifico per capire come funzionano e quali sono le coperture e le condizioni più ricorrenti, fermo restando che anche in questo caso suggeriamo di leggere il contratto per accertare quali siano le reali coperture presenti in polizza. Avvertiamo da subito che troverete sempre clausole su franchigia e scoperto al pari di quanto avviene per le polizze infortuni.

### Spese di ricovero e per visite mediche

Si tratta di una garanzia piuttosto diffusa perché, pur essendo fra quelle che più incidono sul costo della polizza, è quella che più attira i consumatori, che grazie a essa possono scegliere il medico o la casa di cura di cui si fidano senza doversi preoccupare della spesa.

Questo tipo di assicurazione generalmente rimborsa tutte le spese di carattere sanitario (esami clinici, accertamenti, visite mediche), con l'esclusione delle spese sostenute, per esempio, per il telefono, il bar, la televisione.

Alcune polizze prevedono che sia l'assicurato ad anticipare il pagamento delle spese per poi successivamente rimborsarle in tutto o in parte. Il ricovero dovuto a un infortunio e non a una malattia in alcune polizze è però escluso.

C'è poi una forma di assicurazione piuttosto diffusa che, invece del rimborso delle spese sostenute, prevede la possibilità per l'assicurato di rivolgersi a case di cura convenzionate evitando, così, di dover anticipare somme di denaro, dato che al pagamento delle spese pensa direttamente l'assicuratore. Si parla in questo caso di assistenza diretta.

Se questo sistema funzionasse davvero, queste polizze sarebbero appetibili. Peccato, però, che il meccanismo talvolta si inceppi. Una prima difficoltà può nascere dai tempi necessari alle compagnie per dare alle cliniche l'autorizzazione agli interventi. In più, spesso aderiscono alla convenzione solo alcune cliniche specificamente indicate nel contratto (l'elenco aggiornato delle strutture deve essere comunque presente sul sito internet della compagnia). In questo caso è meglio controllare che la convenzione sia estesa anche ai medici che lavorano all'interno della clinica. Inoltre, può capitare che si interrompa la convenzione tra la compagnia di assicurazione e le cliniche indicate in polizza.

Ci sono infine assicurazioni che prevedono anche il rimborso delle spese sanitarie sostenute in caso di malattie che non hanno previsto un ricovero in ospedale, come è il caso delle spese dentistiche. In casi del genere occorre chiedere al medico di precisare sulla fattura la patologia specifica per cui è stata effettuata la prestazione, senza limitarsi a indicare che è stata resa

una generica visita specialistica: le polizze che comprendono questo tipo di garanzia, infatti, prevedono la presenza di una malattia come presupposto necessario per il rimborso, escludendo dalla copertura le semplici visite di controllo o di prevenzione.

### **Indennità giornaliera**

Il pagamento di una diaria giornaliera in caso di ricovero è un altro tipo di garanzia prestata da questo tipo di polizze, in alternativa o cumulativamente al rimborso delle spese sostenute. Alcune assicurazioni prevedono un rimborso solo nel caso di ricovero in una struttura pubblica e quindi senza costi per il paziente. Talvolta sono esclusi il primo e l'ultimo giorno di ricovero. Una copertura come questa può essere interessante per chi svolge un lavoro autonomo e quindi subisce un danno economico per il solo fatto di non poter lavorare.

### **Invalidità permanente da malattia**

È una garanzia che prevede il pagamento di una somma, calcolata in percentuale sul capitale assicurato, in caso di invalidità permanente che derivi da una malattia e che provochi la perdita o la diminuzione definitiva della capacità di lavorare. In genere, le polizze di questo tipo prevedono una franchigia piuttosto elevata (intorno al 33%): ciò significa che se l'invalidità permanente non supera questa percentuale non viene corrisposta alcuna indennità. Al di sopra del 33%, man mano che la percentuale aumenta, cresce anche l'ammontare dell'indennità corrisposta, fino ad arrivare al pagamento dell'intero capitale assicurato in caso di invalidità permanente dal 66% in su. La finalità di una garanzia del genere è evidente: tutelare l'assicurato dall'eventualità che una malattia possa danneggiare la sua possibilità di lavorare. Considerato che la capacità lavorativa diminuisce realmente solo con percentuali di invalidità elevate, l'esistenza di una franchigia non è da valutare come una cosa particolarmente negativa. Inoltre, l'aumento dell'indennità in proporzione alla maggior gravità delle conseguenze della malattia compensa l'esclusione di danni minori.

### **Prestazioni di assistenza**

Accanto alle coperture tradizionali, alcune polizze offrono in parallelo delle prestazioni di assistenza nella ricerca di medici specialisti o di centri diagnostici oppure consulto telefonici con medici o ancora assistenza infermieristica dopo il ricovero oppure per lo svolgimento di incombenze di tipo non sanitario in caso di convalescenza (come l'acquisto di generi di prima necessità). In alcuni casi viene offerto anche un servizio definito *second opinion* che

consiste in una valutazione di casi complessi effettuata a distanza, dopo il primo giudizio del medico curante. In altre parole si tratta della possibilità di ottenere un secondo parere.

## Come denunciare un sinistro

Come abbiamo già avuto modo di dire nei capitoli precedenti, la denuncia di un sinistro va inoltrata il prima possibile e per iscritto con raccomandata a.r. (vedi **Modello 10** in Appendice). A differenza di quanto accade nell'assicurazione infortuni, qui la descrizione dell'evento fornita dall'assicurato conta meno, dato che per le valutazioni dell'assicuratore è fondamentale la documentazione medica. Di solito viene chiesta una copia integrale della cartella clinica: non è sufficiente il foglio di ricovero o di dimissione e spesso gli assicuratori richiedono la copia autentica non fidandosi dei propri assicurati. Ciò allo scopo di verificare la presenza di eventuali patologie pregresse, note all'assicurato e non dichiarate al momento della stipula o comunque escluse.

Andranno poi presentati gli originali delle fatture per le spese sostenute. Naturalmente queste informazioni non saranno tutte disponibili allo stesso momento: è sufficiente, quindi, che alla denuncia venga allegato il primo certificato sanitario, mentre gli altri potranno essere inoltrati in seguito.

Una volta ricevuta ed esaminata la documentazione, l'assicuratore la sottopone a un proprio medico e a volte dispone visite e controlli a cui l'assicurato è obbligato a sottoporsi.

Se il cliente ha bisogno degli originali delle note spese (magari per usufruire della detrazione fiscale), deve richiederli alla compagnia, che li restituisce a liquidazione avvenuta eventualmente timbrati, in modo da attestare il rimborso e da evitare che sia possibile ottenere un indennizzo da più assicuratori.

## L'indennizzo

Per calcolare il rimborso in caso di ricovero o di convalescenza è sufficiente moltiplicare la somma indicata nel contratto come indennità giornaliera per il numero dei giorni di ricovero o di convalescenza, sottraendo gli eventuali giorni di franchigia.

Per calcolare l'indennizzo in caso di invalidità permanente da malattia vale la stessa regola indicata per gli infortuni: occorre dividere per 100 il capitale assicurato e poi moltiplicare la cifra ottenuta per il numero dei punti di invalidità accertati, tenendo conto anche delle eventuali tabelle di calcolo indicate nel contratto (che possono prevedere franchigie o maggiorazioni per invalidità gravi).

In caso di morte dell'assicurato, sono gli eredi a godere della liquidazione dell'indennizzo per spese e diarie, nonché per le varie indennità previste dalla polizza. Ciò anche se il decesso dell'assicurato avviene prima del pagamento o degli accertamenti finali da parte della compagnia. Si tratta di un miglioramento delle condizioni generali di questi contratti, dal momento che in passato, al pari di quello che accadeva per le polizze infortuni, gli eredi non potevano rivendicare alcun pagamento.

Nel caso in cui, invece, l'assicuratore contesti la copertura assicurativa, bisogna accertarne i motivi. Se sussistono ragioni di tipo sanitario (collegate per esempio al pregresso stato di salute dell'assicurato) potrebbe essere utile consultare un medico legale per valutare la fondatezza delle obiezioni sollevate dalla compagnia. Come per le polizze infortuni, in caso di avvio di una lite in sede arbitrale, la sede di discussione sarà quella dell'istituto di medicina legale più vicino all'assicurato, salve condizioni più favorevoli per il consumatore.

## Le polizze contro la perdita dell'autosufficienza

Da qualche tempo sono in distribuzione sul mercato delle nuove polizze che coprono il rischio legato alla possibile perdita dell'autosufficienza fisica. Questo prodotto si rivolge sostanzialmente a chi ritiene opportuno avere una copertura assicurativa nel caso sia necessario fruire di un'assistenza per problemi di salute. Un'assicurazione di questo tipo può essere infatti utile per rispondere al crescente bisogno di sicurezza delle persone che hanno raggiunto la terza età. In linguaggio tecnico questi prodotti vengono definiti *long term care* (LTC), ovvero "cura a lungo termine". Si tratta di polizze particolari che possono essere assimilate in parte a una polizza vita (ce ne occupiamo nella terza parte di questa guida) oppure a una polizza malattia.

### **La stipula**

Al momento della stipula occorre anzitutto verificare se vi sia un periodo di carenza, ovvero un breve periodo iniziale in cui la garanzia non è operativa. Questa clausola viene utilizzata dalle compagnie per evitare di stipulare contratti con soggetti che abbiano già avuto qualche avvisaglia del possibile e imminente verificarsi di una situazione di perdita dell'autosufficienza.

## Agevolazioni fiscali

Chi stipula una polizza vita long term care può usufruire d una detrazione fiscale del 19% con un limite massimo di 1.291,14 euro. Ciò, a condizione che il contratto non preveda la possibilità di recesso da parte dell'impresa.

È inoltre importante verificare la presenza di eventuali limitazioni della copertura (per esempio, per alcuni tipi di patologie dopo una certa età). In ogni caso, sono sempre escluse malattie preesistenti e non dichiarate all'assicuratore o, in ogni caso, situazioni di non autosufficienza provocate intenzionalmente. Altrettanto importante è la verifica dei soggetti considerati non assicurabili: in genere, si tratta di persone già affette da patologie ritenute particolarmente gravi. Può anche accadere che la polizza preveda un'età minima o massima per assicurarsi.

Il concetto di non autosufficienza è per sua natura piuttosto incerto. È quindi opportuno controllare sulla polizza in quali casi scatta la copertura. Per esempio, bisogna distinguere la non autosufficienza fisica, che consiste nell'impossibilità di svolgere le normali funzioni fisiche, dalla non autosufficienza psichica, vale a dire dall'incapacità di comprendere ciò che accade. Per fare chiarezza rispetto a concetti così fumosi e indeterminati, le compagnie hanno creato un elenco di cosiddette "attività quotidiane" (dette anche ADL, dall'inglese *activities of daily living*), come lavarsi, vestirsi, mangiare, espletare i bisogni corporali, muoversi e spostarsi e così via, a cui talvolta possono corrispondere dei punteggi. Il beneficiario dell'assicurazione potrà fruire delle prestazioni oggetto del contratto quando risulti incapace di attendere a un certo numero minimo di queste attività quotidiane indicato in polizza (di solito 4 su 6 attività). È importante verificare i minimi dettagli del contratto e controllare quali eventuali certificati medici sono necessari per godere della copertura. In ogni caso, prima di autorizzare qualsiasi pagamento, la compagnia disporrà che il beneficiario venga sottoposto a una visita medico-legale.

## Le prestazioni

Il contratto può prevedere a favore dell'assicurato l'erogazione di una rendita (ovvero di una somma versata periodicamente) nel momento in cui si verifica la perdita dell'autosufficienza. La rendita può essere vitalizia e durare, quindi, fino alla morte del malato.

In genere queste polizze possono avere due formule:

- **a vita temporanea**, prevedono che il pagamento del premio avvenga solo per un certo numero di anni, indicato in polizza. La copertura varrà comunque per tutta la vita.
- **a vita intera**, prevedono il versamento dei premi per tutta la vita dell'assicurato; il pagamento può essere interrotto nel momento in cui si manifesti uno stato di non autosufficienza.

Per una scelta oculata, prima della stipula, è suggeribile verificare che l'entità della rendita sia sufficiente per garantire i bisogni di una persona non autosufficiente, tenuto conto degli eventuali ulteriori redditi di cui si dispone. La rendita è erogata con una cadenza che può essere annuale, semestrale o trimestrale e viene rivalutata secondo un indice stabilito dal contratto. In caso di morte del beneficiario, qualora non si sia verificata la situazione di non autosufficienza, i premi pagati, in genere, verranno trattenuti dall'assicuratore. In alternativa la polizza *long term care* può prevedere il rimborso delle spese mediche e di assistenza sostenute nel momento in cui si verifica una situazione di non autosufficienza.

Conviene controllare se la copertura si riferisce solo alle spese mediche o se sono comprese anche le spese infermieristiche domiciliari, che in caso di non autosufficienza possono risultare molto pesanti, e verificare la durata della copertura (ovvero se limitata alla durata della polizza o meno). Il massimale di spesa viene in genere determinato su base mensile.

# 5

## Casa, famiglia, mutui e prestiti

Il mercato assicurativo offre dei pacchetti per la famiglia che racchiudono coperture piuttosto eterogenee, le cosiddette polizze multirischio. Le garanzie, riguardano le possibili richieste di risarcimento che la famiglia potrebbe subire (polizze responsabilità civile), i danni all'abitazione in cui si vive, le prestazioni di assistenza, la tutela giudiziaria. Prima di stipulare un contratto di questo tipo occorre avere ben presenti le proprie esigenze: garantire l'appartamento, evitare di dover risarcire eventuali danni a terzi oppure coprirsi da entrambe le possibilità. Per esempio, in caso di rottura di una tubatura, occorre valutare se l'obiettivo è essere risarciti per le spese di riparazione o evitare conseguenze per l'eventuale allagamento dell'appartamento del vicino.

In questo capitolo tratteremo le diverse coperture presenti sul mercato. Alcune sono proposte in abbinamento: considerate quali sono le più adatte per evitare inutili doppioni e poi magari restare scoperti per eventi che vi riguardano di più.

### La responsabilità civile

La polizza di responsabilità civile tutela l'assicurato dalle conseguenze economiche per danni provocati ad altri a causa di un fatto avvenuto per colpa sua (per esempio la caduta di un vaso da un balcone che va a danneggiare

un'auto parcheggiata) o di qualcuno sotto la sua responsabilità (figli, ma anche eventuali collaboratori domestici). Nel linguaggio comune, se questa polizza riguarda il rischio legato a fatti della vita privata, viene denominata polizza del capofamiglia.

Il rischio coperto dal contratto è la responsabilità dell'assicurato, del coniuge e del convivente. Non esiste, però, una polizza che copra qualsiasi tipo di responsabilità, vi sono solo polizze che forniscono garanzie in situazioni specifiche, descritte all'interno del contratto. Si tratta per lo più di assicurazioni dal costo contenuto, quindi consigliabili per tutti.

Al momento della scelta, tenete bene in considerazione le vostre esigenze personali e leggete con attenzione le clausole, che possono essere diverse da compagnia a compagnia. Se, per esempio, possedete un cane, ma non una casa al mare, con molta probabilità vi interesserà maggiormente una polizza assicurativa che risarcisca i danni provocati da animali senza applicare alcuna franchigia, piuttosto che un'altra che copra anche i danni derivanti dal possesso di una casa di villeggiatura, ma preveda una franchigia di 300 euro per i danni provocati dal cane. Nella scelta è quindi fondamentale non limitarsi a verificare l'entità del premio richiesto.

## Cosa copre e cosa esclude

L'oggetto di questa polizza è il risarcimento dei danni provocati ad altre persone, diverse dall'assicurato e dal suo nucleo familiare (i cosiddetti "terzi"). La regola generale è che per essere rimborsabile, un danno deve essere provocato da un fatto involontario e accidentale; se quindi viene causato in modo intenzionale, non può essere coperto dalla garanzia.

Per esempio, se un tifoso allo stadio fa a botte con uno della squadra avversaria provocandogli dei danni, l'assicuratore non ne risponde. Sono quindi coperti i fatti commessi personalmente dall'assicurato, ma anche quelli delle persone di cui deve rispondere o con cui convive abitualmente. Se, quindi, vostro figlio rompe il vetro della finestra del vicino con una pallonata, l'assicuratore deve pagare i danni. In caso di figli minori, poi, la compagnia rimborsa anche i danni causati dolosamente. In questa ipotesi quindi la regola dell'involontarietà subisce un'eccezione. Vediamo ora più nel dettaglio cosa generalmente copre e cosa esclude la garanzia.

- **Abitazione** La garanzia varia a seconda che siate proprietari o inquilini. La legge impone una responsabilità per custodia al proprietario di un bene. Se quindi si stacca un cornicione del balcone colpendo un passante, questa garanzia servirà a risarcire i danni arrecati. È comunque necessario precisare all'assicuratore a che titolo occupate l'abitazione oggetto della garanzia. Infatti sul piano giuridico il proprietario sarà responsabile per i



danni arrecati all'inquilino (per esempio se non può abitare in casa per la rottura di un tubo), mentre, a sua volta, l'inquilino sarà responsabile per i danni arrecati all'immobile. È bene verificare tuttavia che non siano esclusi i danni da mancata manutenzione. Si tratta di una clausola insidiosa che si presta a interpretazioni, posto che ogni rottura di un bene in astratto può essere causata da una manutenzione carente.

Tenete poi presente che, se abitate in condominio, potreste dover pagare per la vostra quota millesimale eventuali danni causati dalla proprietà comune (come una perdita d'acqua dal tetto). Chiedete all'amministratore se esiste una polizza sull'intero condominio che copra anche le proprietà individuali, per non avere doppioni. In caso contrario, controllate che la vostra assicurazione preveda anche la copertura di questi danni.

Solitamente, in questo tipo di garanzie sono compresi anche i danni provocati dagli oggetti contenuti nella casa e quindi quelli causati dall'uso di elettrodomestici (per esempio, un incendio causato da un fornello dimenticato acceso, l'esplosione di uno scaldabagno, la caduta dell'antenna TV). Diverso è il caso dei danni derivanti da acqua: tenete presente che le assicurazioni generalmente coprono eventuali danneggiamenti provocati da perdite di acqua o rottura di tubature, ma escludono quelli da umidità, fessurazione o stillicidio. Di frequente, inoltre, i massimali per tale garanzia sono ridotti (forse perché si tratta di eventi ricorrenti con una certa frequenza).

Restano solitamente esclusi, poi, i danni causati da lavori di manutenzione straordinaria e i danni alle cose di altri tenute in custodia (per esempio se esplose il computer di un amico del figlio).

Se poi avete necessità di coprire anche un'altra abitazione, per esempio la casa al mare, controllate che nel contratto sia esplicitamente prevista una garanzia per abitazioni saltuarie.

- **Cibi e bevande** L'assicurazione da responsabilità civile copre i danni causati a terzi da cibi o bevande preparati in casa dall'assicurato: è il caso di un pezzo di cibo che provoca la rottura di un dente di un ospite o, peggio, l'intossicazione da cibo avariato. Non è però necessario che il fatto che provoca il danno sia collegato o, comunque, avvenga in casa dell'assicurato.
- **Animali** Possono essere compresi nella garanzia i danni provocati da cani, gatti, cavalli e altri animali da sella e da cortile, anche se spesso viene chiesta un'integrazione del premio assicurativo. Se possedete un cane, consigliamo di sottoscrivere questa polizza, che tra l'altro è obbligatoria per alcune razze.
- **Collaboratori domestici** In questo tipo di polizza è possibile inserire una garanzia che copra il risarcimento dei danni provocati a eventuali collaboratori domestici da infortuni sul lavoro. Si tratta di una copertura valida per lavoratori regolarmente assunti e coperti dalle assicurazioni sociali

(INPS e INAIL) e copre anche per le possibili azioni che questi enti potrebbero intraprendere contro il datore di lavoro. In caso di lavoratori non in regola, la copertura non vale.

- **Attività sportive** I danni derivanti dalla pratica dilettantesca delle più comuni attività sportive rientrano nella garanzia. Sono invece spesso esclusi gli sport ritenuti pericolosi (come paracadutismo o pesca subacquea) e la partecipazione a gare, prove e allenamenti in genere.
- **Mezzi di trasporto** Sono di solito compresi i problemi che derivano dall'uso della bicicletta, ma non i danni da circolazione stradale di veicoli, per i quali è obbligatorio stipulare una Rc auto.
- **Responsabilità penali** Restano escluse le responsabilità penali, per cui eventuali multe rimangono a carico dell'assicurato.

## Il massimale e la franchigia

Il risarcimento non è illimitato, ma viene effettuato entro un determinato importo chiamato massimale. Se il danno supera la somma garantita, l'assicurato dovrà rispondere personalmente della differenza, qualunque sia l'entità del risarcimento da pagare (vedi [capitolo 3](#)).

Per alcuni danni è spesso previsto un massimale di copertura diverso da quello generale (accade di solito nei danni causati da perdite o rotture delle condutture dell'acqua).

Per alcuni tipi di evento, inoltre, questa tipologia di polizza prevede l'applicazione di una franchigia che, di solito, è una franchigia assoluta. Per esempio, se per i danni provocati dal cane è prevista una franchigia di 300 euro, al di sotto di questa cifra non è previsto alcun risarcimento.

### Se scoppia il gas

Il Comitato Italiano Gas (CIG) ha provveduto alla stipula di una polizza collettiva per garantire la copertura di danni causati da fughe o scoppi di gas, che riguarda sia la responsabilità civile in caso di negligenza e colpa degli utenti nell'utilizzo degli impianti, sia il caso di incendi o infortuni. Sono anche compresi i danni per suicidio o tentato suicidio dell'utente, quelli da intossicazione e da asfissia. La polizza prevede diversi massimali, per informazioni: [www.cig.it](http://www.cig.it).

Per i danni superiori a 300 euro, l'assicurazione detrae dalla somma dovuta al danneggiato la franchigia di 300 euro, che resta a carico dell'assicurato. In presenza di simili franchigie i danni di piccola entità restano perciò sempre scoperti.

## Come denunciare un sinistro

La prima cosa da fare quando si verifica un sinistro è, come sempre, quella di inviare la denuncia all'assicuratore tramite raccomandata con avviso di ricevimento. L'obbligo di denuncia è a carico del titolare della polizza (vedi **Modello 12** in Appendice).

Può essere utile spedire la denuncia di sinistro anche al danneggiato, invitando espressamente i destinatari della lettera a mettersi in contatto fra di loro per lo svolgimento della pratica. Conviene limitarsi a descrivere il fatto senza assumersi responsabilità. Sarà poi la compagnia a decidere.

In ogni caso, se lo ritiene opportuno, la compagnia può decidere di inviare le proprie comunicazioni solo all'assicurato e non è tenuta a contattare direttamente il danneggiato (anche se di fatto succede di frequente).

Dal canto suo, chi ha subito il danno potrebbe non desiderare di avere contatti con il vostro assicuratore, dato che non è obbligato a farlo.

Una volta presentata la denuncia, quindi, continuate a seguirne il percorso fino alla sua chiusura. Anche perché, se il danneggiato non dovesse riuscire ad accordarsi con la compagnia, potrebbe citarvi in giudizio e sareste voi, a quel punto, a dover chiamare in causa l'assicurazione.

Dopo la denuncia, la procedura di risarcimento può proseguire in due modi:

- l'assicurato risarcisce il danneggiato di tasca propria e chiede poi il rimborso all'assicuratore: si tratta della soluzione sconsigliata in quanto non vi è certezza che la compagnia proceda a restituire quanto pagato;
- l'assicurato incarica l'assicuratore di risarcire direttamente il danneggiato.

Il nostro suggerimento è quello di lasciare che sia l'assicuratore a occuparsi di tutto: in fondo è il suo mestiere e dovrebbe saperlo fare meglio di voi.

## Verifiche e contestazioni

Ricevuta la denuncia di sinistro, possono verificarsi tre ipotesi:

- se l'assicuratore, dopo aver svolto tutti gli accertamenti, ritiene che il danno non rientri fra quelli coperti dalla polizza, l'assicurato dovrà risarcire i danni di tasca propria oppure, se non è d'accordo, citare in giudizio la compagnia;

- se l'assicuratore, dopo aver accertato che il danno è coperto da garanzia, ritiene l'assicurato non responsabile di quanto gli viene attribuito, deve comunicarlo al danneggiato e all'assicurato;
- se l'assicuratore, dopo aver accertato che il danno è coperto da garanzia, ritiene l'assicurato responsabile, deve risarcire, in tutto o in parte, il danneggiato.

Da quanto detto, si capisce l'importanza di una buona comunicazione con la compagnia. In caso di citazione in giudizio da parte del danneggiato, bisogna informare subito e per iscritto l'assicuratore. Se la compagnia dovesse rifiutare di assumere la difesa, occorre pretendere delle spiegazioni, sempre in forma scritta.

Nel caso la compagnia non risponda, l'assicurato dovrà nominare un proprio avvocato, che potrà chiamare in causa l'assicurazione. È bene sapere che la chiamata in causa del terzo (come si definisce in linguaggio processuale) nei giudizi davanti al Tribunale deve avvenire almeno 20 giorni prima dell'udienza. È quindi fondamentale muoversi per tempo e, nel caso l'assicurazione non risponda subito, inviare una lettera di reclamo.

## Se il contratto va in prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni, ma questo termine si riferisce solo ai rapporti fra assicurato e assicuratore. Il danneggiato non ha alcun diritto da esercitare nei confronti dell'assicuratore, quindi per lui la prescrizione biennale non ha valore.

Il termine che si applica ai rapporti fra danneggiato e assicurato che ha causato l'evento, di solito, è di 5 anni (art. 2947 del Codice Civile).

Tale termine può essere interrotto facendo decorrere una nuova scadenza a mezzo raccomandata (vedi **Modello 13**).

Che cosa succede allora se il danneggiato si rivolge all'assicurato oltre il termine di prescrizione dell'assicurazione? Secondo la legge (art. 2952 del

### ESEMPIO PRATICO

Il 15 ottobre del 2016, dal balcone del signor Rossi cade un vaso di gerani che colpisce un'auto parcheggiata e la danneggia. Il signor Bianchi, proprietario dell'auto, scopre che il vaso di gerani è caduto dal balcone del signor Rossi solo il 20 novembre del 2019 e gli chiede il risarcimento dei danni.

Il signor Rossi ha ancora diritto a essere garantito dalla compagnia di assicurazioni, anche se sono passati più di 2 anni dal fatto.

Codice Civile), il termine di 2 anni di prescrizione per le polizze responsabilità civile decorre dal giorno in cui chi ha subito il danno richiede il risarcimento all'assicurato o gli fa causa.

In ogni caso, non conviene fare troppo affidamento su questa norma e, se succede qualcosa che potrebbe portare a una richiesta di risarcimento dei danni, è sempre meglio denunciarlo all'assicurazione per non essere accusati poi di aver violato l'obbligo di denuncia. Se la compagnia non dà notizie, occorre anche interrompere l'eventuale prescrizione (vedi **Modello 13** in Appendice).

## L'assicurazione contro il furto in casa

Con questa polizza l'assicuratore s'impegna a risarcire l'assicurato per un furto o una rapina di quanto contenuto in casa, ma spesso è estesa agli atti di vandalismo e ai danni subiti nel tentativo di furto o di rapina e, a volte, anche alle rapine subite fuori casa e agli scippi.

Per poter essere risarciti, occorre poter dimostrare che il ladro ha violato le difese esterne della casa scassinando la porta, calandosi dal tetto o nascondendosi all'interno della casa per poi svaligiarla. Senza una prova di scasso, quindi, la compagnia potrebbe rifiutare il risarcimento.

Come per tutti i contratti assicurativi, non bisogna dimenticarsi di controllare i massimali indicati, tenendo presente che di solito per gioielli e valori di altro genere, l'assicuratore impone, sull'intera somma assicurata, dei limiti percentuali di risarcimento molto contenuti, inferiori al massimale indicato in polizza.

## **Descrizioni accurate**

Per la valutazione del rischio da parte dell'assicuratore è essenziale la descrizione dell'abitazione che fornite al momento della stipula del contratto: elementi particolarmente importanti sono il luogo in cui è costruita, se si tratta di una villa o fa parte di un condominio, a che piano si trova, se sia provvista o meno di mezzi di difesa particolari (sistema di allarme, porte o finestre blindate).

Talvolta la garanzia è subordinata a elementi che variano a seconda del tipo di abitazione: alcune polizze, per esempio, prevedono la copertura del rischio per gli appartamenti situati al piano terra, seminterrato, rialzato e attico solo a patto che le vie di accesso all'abitazione siano protette da mezzi di difesa specifici (inferriate, vetri anti sfondamento).

## Cosa è escluso

Non tutti i tipi di danno sono coperti. Restano esclusi:

- i danni provocati con dolo o colpa grave dall'assicurato, ma anche dalle persone che convivono con lui e di cui deve rispondere. È il caso, per esempio, di un collaboratore familiare che apre la porta ai ladri per far svaligiare la casa oppure dimentica le chiavi nella serratura esterna di ingresso;
- i danni causati da incendi, esplosioni (anche nucleari), radiazioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni e da insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, atti di terrorismo o sabotaggio, invasione;
- i danni avvenuti in un periodo di assenza prolungata (per esempio oltre i 30 giorni). Clausola cui fare attenzione se necessità di lavoro o di altro tipo vi tengono lontano da casa.

## L'incendio e le altre coperture

Non solo fuoco e fiamme: la garanzia incendio è in genere molto più estesa di quanto il nome lasci pensare. Oltre a rimborsare i danni materiali e diretti dovuti a incendi, esplosioni, scoppi, fiamme e fumo, queste polizze comprendono i danni causati da fulmini, tempeste, bufere, grandine, neve e talvolta anche da scioperi e tumulti.

Si tratta di un tipo di copertura piuttosto ampia che può essere stipulata anche dall'inquilino di un appartamento, dato che secondo la legge (art. 1588 del Codice Civile) l'affittuario deve rispondere della perdita di oggetti o dei danni all'immobile preso in affitto.

## Garanzie ed esclusioni

Come per le assicurazioni contro il furto, anche in questo caso non è possibile indicare delle coperture valide per tutte le polizze. Ci limitiamo, quindi, a dare un'idea delle garanzie più diffuse e dei limiti di solito applicati.

- **Incendio** È la copertura più importante, dove per incendio si intende una combustione di beni materiali con fiamma, che può estendersi o propagarsi. Se, per esempio, l'arrosto nel forno prende fuoco, sviluppando fiamme, e i mobili della cucina vengono danneggiati, verrete risarciti

dei danni subiti. Attenzione perché restano esclusi dalla copertura tutti i danni dovuti a fuoco senza fiamme, come per esempio la bruciatura di una sigaretta sul tappeto persiano.

- **Esplosione** L'esempio tipico è quello della fuga di gas che provoca un'esplosione quando si accende la luce. Sono escluse le esplosioni dovute a ordigni, apparecchi difettosi, manutenzione scorretta, usura o manomissione.
- **Danni atmosferici** I danni derivanti da pioggia, grandine, vento, bufere, tempeste, trombe d'aria, neve e gelo possono essere inclusi nelle polizze (ed è utile che lo siano) con forme di garanzia diverse da verificare caso per caso. Talvolta la copertura è garantita solo se nella zona interessata dall'evento anche altri immobili siano stati danneggiati. In questa ipotesi è bene conservare articoli di giornale o bollettini meteo che comprovino tale circostanza.
- **Danni da calamità** Si tratta di danni legati sostanzialmente a terremoti o altri fenomeni naturali eccezionali. Per le polizze stipulate a partire dal gennaio 2018 è prevista la detraibilità del 19% del premio, ma non sono ancora noti gli aspetti operativi per godere di tale agevolazione.
- **Danni da fenomeni elettrici** Possono essere coperti dalla garanzia anche i danni causati da correnti, scariche e fenomeni elettrici in genere a impianti, apparecchi elettrici e apparecchi elettronici. Sono invece esclusi i danni a televisori, lampade e resistenze elettriche scoperte, trasformatori e computer e quelli dovuti a uso, manomissione, scarsa o scorretta manutenzione.

## Per chi vive in condominio

Se abitate in un condominio che ha stipulato una polizza assicurativa sul fabbricato, vi consigliamo di verificare con l'amministratore quali sono i rischi coperti dalla garanzia. Chiedete anche le condizioni di contratto, per evitare doppioni.

Se la polizza condominiale non è estesa alla vostra proprietà individuale, la copertura riguarderà infatti solo i danni subiti e causati dalle parti comuni. In questo caso, se desiderate avere una copertura personale, dovrete stipulare una polizza specifica. È consigliabile anche verificare se la polizza copre solo la riparazione dei vostri danni o anche quelli procurati ad altri: ricordate, infatti, che, se il vostro lavandino, perdendo acqua, causa infiltrazioni e macchie sulle pareti di un vostro vicino, le spese di tinteggiatura e di ripristino saranno a vostro carico.

- **Danni da acqua** Nel caso siano inclusi, l'assicurato ha diritto a un risarcimento per i danni dovuti alla fuoriuscita di acqua anche dagli impianti di riscaldamento. Bisogna però controllare che la copertura non sia limitata alla rottura accidentale delle tubature e degli impianti, ma copra anche i casi di semplice usura o malfunzionamento o di una generica mancata manutenzione. Solitamente, vengono comunque esclusi i danni causati da umidità, gocciolamento, fessurazione, rigurgito di fognatura e gelo e quelli causati da colpa (se si dimentica un rubinetto aperto). Conviene che sia presente la garanzia per la ricerca del guasto, per le opere murarie necessarie a individuare il punto in cui è avvenuta la rottura, che rappresentano di solito le spese più costose.
- **Rottura lastre** Un'altra copertura che può essere compresa è quella della rottura di vetri, specchi o cristalli, con l'esclusione dei danni dovuti a un trasloco.

## Valutare le esigenze

Nelle polizze incendio l'operatività della garanzia può essere subordinata alla circostanza che il fabbricato sia costruito per una determinata percentuale in materiali non combustibili: se dovete assicurare la baita in montagna, sarà necessaria una garanzia particolare.

Leggete quindi attentamente il contratto, perché potrebbe essere necessario consultare un tecnico per verificare le condizioni del vostro immobile, evitando di affrontare una spesa assicurativa inutile.

Se poi non siete proprietari dell'abitazione e avete assicurato solo il cosiddetto "rischio locativo", la compagnia deve rimborsare soltanto le somme che sareste tenuti a pagare al proprietario per il risarcimento dei danni causati ai locali in affitto a seguito d'incendio provocato da vostra responsabilità: inutile, quindi, assicurare somme maggiori.

## La liquidazione del danno per le polizze abitazione

In questo paragrafo indicheremo i criteri da seguire per calcolare la somma da assicurare, evitando di pagare un premio inutilmente alto o di trovarvi esposti al rischio di non essere adeguatamente garantiti, e le modalità di liquidazione del danno previste dai contratti.



## Costo di ricostruzione

Nella polizza incendio, l'abitazione (intesa come fabbricato) va assicurata per una somma che coincida con il costo di ricostruzione, cioè il prezzo che dovrebbe essere pagato per farla ricostruire. È un valore da non confondere con il prezzo di mercato di un'abitazione. Quest'ultimo, infatti, tiene conto anche del valore dell'area su cui è costruita la casa: ma l'area è un bene che non brucia e che continua a esistere anche dopo un incendio.

## Valore dei beni

Sia nelle polizze incendio sia in quelle furto, la somma da assicurare per il contenuto dell'abitazione deve corrispondere al valore dei beni che ne fanno parte. Le modalità di calcolo di questa somma, però, sono diverse a seconda che abbiate stipulato una polizza a valore intero, a primo rischio assoluto o a valore a nuovo: sta a voi scegliere la formula più adatta alle vostre esigenze. Cerchiamo di aiutarvi fornendovi alcuni elementi utili per le valutazioni del caso.

- **Valore intero** L'assicurazione copre tutto il valore delle cose contenute nella casa. Ciò significa che se assicurate a valore intero contro il furto un capitale di 100.000 euro, è come se dichiaraste all'assicuratore che il valore di tutti i beni contenuti nel vostro appartamento è di 100.000 euro. È una formula più economica, ma rischiosa: in caso di furto, infatti, un perito incaricato dall'assicuratore verificherà il valore dei beni che non sono stati rubati. Se la somma del valore dei beni rubati e del valore dei beni rimasti dà come risultato un importo maggiore dei 100.000 euro assicurati, si incorre nella "regola proporzionale" (art. 1907 del Codice Civile), per cui l'assicurazione sarà tenuta a risarcire solo in proporzione alla parte assicurata. Quindi, se per errore o per risparmiare avete assicurato 100.000 euro, ma il valore totale dei beni (rubati e rimasti) è 200.000 euro, la compagnia risarcirà solo la metà del danno subito, quindi 50.000 euro.

È evidentemente impossibile calcolare con esattezza il valore di tutti i beni di proprietà: ci sono troppe cose di cui sfugge la stima esatta, o che addirittura vengono considerate non vendibili e che invece entrano nel calcolo del valore intero. Si tratta, quindi, di una formula che apre la porta a inevitabili contestazioni.

- **Primo rischio assoluto** L'assicuratore risponde dei danni fino al raggiungimento del massimale assicurato: non ha alcuna importanza, ai fini del calcolo dell'indennizzo, se il capitale assicurato copra o meno l'intero valore dei beni.

È una formula più costosa, ma ha degli indiscutibili vantaggi: il primo è quello di evitare l'applicazione della regola proporzionale e il secondo è quello di offrire la possibilità di calcolare con maggior precisione l'entità del capitale da assicurare. È abbastanza remota, infatti, l'eventualità che i ladri che si siano introdotti in un appartamento portino via l'armadio, il letto, il frigorifero, la cucina: anche a parità di valore, sceglieranno di sicuro gli oggetti più piccoli, più facili da trasportare e da nascondere. Si tratta della formula più semplice e quindi consigliabile.

- **Valore a nuovo** È la formula più conveniente per l'assicurato e copre anche il deprezzamento dei beni. Propone un risarcimento pari al valore degli oggetti sottratti o danneggiati come fossero nuovi.

## In caso di sinistro

Il primo consiglio che vi diamo è quello di leggere con la massima attenzione il testo dell'articolo sugli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, tenendo presente che sta a voi, e soltanto a voi, dimostrare di aver diritto alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Tra i doveri a carico dell'assicurato troviamo, anzitutto, l'obbligo di provvedere tempestivamente (alcune polizze indicano un termine preciso) a denunciare l'evento alle pubbliche autorità (Carabinieri, Polizia, Vigili del fuoco) e all'assicuratore (vedi **Modello 14**).

Dovrete anche far avere all'assicuratore, entro un termine massimo talvolta indicato in polizza, un elenco dettagliato delle cose distrutte o danneggiate, indicandone la stima e fornendo tutti gli elementi che possano dimostrarne esistenza e valore (prove d'acquisto, fotografie ecc.), dato che non basta una vostra dichiarazione.

### Conservare le prove

Conservate le prove d'acquisto e, se si tratta di oggetti venduti insieme a un dépliant illustrativo, conservate anche quello. Quando acquistate un bene di valore, chiedete il rilascio della fattura o di una ricevuta dettagliata con la descrizione accurata dell'oggetto, anziché di un semplice scontrino.

Fotografate in modo chiaro quadri, mobili, gioielli, collezioni e altri oggetti d'arte, così che anche a posteriori se ne possa stimare l'effettivo valore; se si tratta, poi, di oggetti inseriti in cataloghi artistici, procuratevene una copia.

Un altro obbligo a vostro carico è quello di conservare le tracce e i residui del sinistro e gli indizi materiali dell'evento dannoso.

In molti casi fornire la prova richiesta può essere estremamente difficile, se non impossibile: a parte gli oggetti di uso comune, come gli elettrodomestici, che possono facilmente essere valutati, ce ne sono altri il cui valore di mercato può essere molto variabile. Basti pensare agli oggetti d'arredamento in genere: come potreste dimostrare che quel pezzo di legno bruciato in un angolo del salotto era un preziosissimo pezzo di antiquariato e non un comunissimo tavolino pagato poche decine di euro? Non c'è altra soluzione che tenere da parte delle prove, con scaramantica prudenza.

## L'indennizzo

È la prova del nove, il momento in cui si accerta senz'ombra di dubbio la bontà della scelta effettuata. Sia nelle polizze furto sia in quelle incendio spesso vengono previsti diversi massimali in relazione alla natura del bene danneggiato. Anche in questo caso, per spiegarci meglio, faremo un esempio. Poniamo il caso che il capitale assicurato contro il furto sia di 30.000 euro: questo significa che in nessun caso la compagnia potrà corrispondervi un indennizzo superiore a questa cifra, ma non è tutto. Per ogni categoria di beni (definite anche "partite", come argenteria, quadri, mobili e così via), l'esposizione dell'assicuratore è contenuta entro un certo limite: per esempio, la polizza potrebbe prevedere per i gioielli un massimale di 5.000 euro. Questo significa che, se in casa vostra al momento del furto c'erano gioielli per 20.000 euro e i ladri hanno portato via solo quelli, voi, pur essendo assicurati per un capitale di 30.000 euro, non avrete diritto a ricevere a titolo di indennizzo più di 5.000 euro. Un altro aspetto importante è quello che riguarda le modalità di calcolo dell'indennizzo da liquidare. Abbiamo già descritto le differenze tra valore intero, primo rischio assoluto e valore a nuovo. Cerchiamo allora di esaminare alcuni criteri ricorrenti in questo tipo di polizze per calcolare la somma da liquidare.

- **Polizze incendio** Il danno risarcibile comprende l'abitazione e il suo contenuto, dove per abitazione si intendono i locali che la costituiscono, con tutti i loro componenti (fissi e infissi, impianti elettrici, idrici, igienici, di riscaldamento), mentre per contenuto si intendono gli arredi e tutti gli altri oggetti, preziosi e non, che si trovano nell'abitazione. Questa spiegazione potrà sembrarvi superflua, ma non lo è: i criteri di indennizzo per abitazione e contenuto sono diversi. Per esempio, tappezzerie e moquette in alcuni contratti sono considerati come parte dell'abitazione, in altri come contenuto: accertatevi al momento della stipula.

- **Polizze furto** Il criterio di calcolo dell'indennizzo è quello del valore commerciale che i beni rubati avevano al momento del sinistro; il rischio che venga applicata o meno la regola proporzionale dipenderà dalla forma di assicurazione scelta, vale a dire quella a valore intero o a primo rischio assoluto.

Il primo passaggio per la liquidazione del danno è la nomina del perito da parte dell'assicuratore, che verifica le modalità dell'evento e l'ammontare del danno. Dopo questi controlli potrà proporre di sottoscrivere un documento denominato "accordo conservativo". Se, quindi, non doveste essere d'accordo sulla valutazione del perito, non sottoscrivete nulla: se lo faceste, rinuncereste a ogni possibilità di ottenere un indennizzo diverso da quello contenuto nel documento.

Tenete in ogni caso presente che il fatto che la compagnia abbia incaricato un perito che vi ha proposto di sottoscrivere l'accordo conservativo non significa necessariamente che il sinistro verrà indennizzato. L'assicuratore, infatti, potrebbe ancora contestare l'esistenza della copertura assicurativa per motivi legati al contratto.

## Le polizze legate a mutui e prestiti

In occasione della stipula di un prestito (sia esso un finanziamento personale oppure un mutuo ipotecario) spesso viene anche proposta la stipula di un'assicurazione. In proposito va anzitutto valutato quale sia l'ammontare della spesa di tale copertura assicurativa, considerato che tale onere può incidere in modo significativo sul costo finale del finanziamento.

Le coperture assicurative sono varie e possono riguardare il ramo danni (per esempio l'incendio della casa o la perdita del lavoro dell'assicurato) oppure il ramo vita (ovvero la morte del debitore).

Anche in questa ipotesi occorre comprendere quale sia la copertura assicurativa richiesta dalla controparte pretendendo di verificare preventivamente le condizioni contrattuali (si pensi al numero massimo di rate di finanziamento rimborsabili in caso di licenziamento) e il premio da pagare (per esempio se si tratta di un premio unico, oggetto anch'esso di finanziamento unitamente al prestito e rimborsato nelle varie rate alla banca o finanziaria o se invece si tratta di un premio frazionato). Qualora venga stipulata una polizza sulla vita è bene accertarsi se viene sottoposta anche una dichiarazione sul proprio stato di buona salute, per comprendere se vi sarà una reale copertura nel caso si renda necessaria. Dopo la stipula le condizioni devono essere comunque consultabili sul sito internet della compagnia nelle aree riservate ai contraenti.

## Intermediari e assicurazione

Le banche e le finanziarie che offrono prodotti assicurativi correlati a mutui svolgono il ruolo di intermediari, come descritto nel [capitolo 1](#). In altre parole vendono le polizze per conto dell'assicurazione e ricevono da quest'ultima una provvigione. Per tale motivo le polizze offerte da banche e finanziarie sono spesso poco convenienti. Nei documenti devono comunque essere riportati i costi che gravano sull'assicurato con indicazione della quota percepita dall'intermediario sia in percentuale sia come somma specifica. È bene quindi verificarli per valutare la convenienza della copertura offerta. In ogni caso banche e finanziarie non possono essere contemporaneamente intermediari nella vendita della polizza e beneficiari delle prestazioni assicurative; inoltre non possono obbligarvi alla stipula della polizza da loro erogata o proposta; in altri termini deve esservi garantita la possibilità di scegliere. Il primo suggerimento è quindi quello di cercare di reperire una polizza alternativa da offrire alla banca o finanziaria che abbia gli stessi contenuti minimi richiesti.

Va in ogni caso ricordato che, come indicato nel [capitolo 1](#), banche e finanziarie, essendo intermediari, hanno l'obbligo di valutare l'adeguatezza del prodotto assicurativo in relazione al cliente e quindi possono essere chiamate a rispondere della vendita di prodotti del tutto inutili o errati.

## Il diritto di recesso

Se il consumatore nell'immediatezza della stipula non trova una polizza equivalente a quella richiesta, avrà comunque tempo 60 giorni per recedere dal contratto assicurativo (vedi [Modello 15](#)) proponendo a banca o finanziaria un prodotto equivalente a quello suggerito. In altre parole viene garantito al consumatore un ulteriore lasso di tempo per la ricerca di un prodotto più conveniente. Intermediari e assicurazioni sono tenuti a informare il cliente di tale possibilità.

## Estinzione anticipata o portabilità

Il consumatore ha il diritto di estinguere anticipatamente il prestito, oppure di trasferire il mutuo ipotecario da una banca a un'altra attraverso il meccanismo della cosiddetta portabilità. In questo caso, ove sia già stato versato un premio unico, il consumatore potrà chiedere il rimborso della quota di assicurazione pagata e non goduta. Dal premio pagato andranno quindi detratti i giorni di copertura goduti, la quota di tasse versate e le eventuali spese sostenute dalla compagnia purché indicate sul contratto e a condizione che non siano di importo tale da non costituire un onere ingiustificato. Per le polizze vita è espressamente previsto che il rimborso avvenga entro 30 giorni (regolamento IVASS 40/12).

Il diritto al rimborso sussiste anche in caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento. In questo caso anche il rimborso sarà parziale in misura proporzionale all'estinzione.

In caso di portabilità del mutuo, il consumatore potrà invece scegliere di trasferire anche la polizza, legandola allo stesso senza sopportare costi aggiuntivi. È sempre suggeribile scrivere a intermediario e assicurazione per comunicare le proprie volontà in proposito (vedi **Modello 16** in Appendice).

## Le polizze di assistenza

Con questo tipo di contratto, l'assicuratore si impegna a fare fronte a bisogni improvvisi dell'assicurato legati alla sua vita privata, come la necessità urgente di un idraulico per la rottura di un tubo, di un fabbro a causa della perdita delle chiavi oppure di un medico durante un viaggio. Di solito, la prestazione richiesta viene effettuata da soggetti incaricati dalla compagnia, senza che quindi l'assicurato sia tenuto ad anticipare nulla. Al pagamento del prestatore d'opera provvederà quindi direttamente l'assicuratore. I contenuti di questo tipo di polizze possono essere i più disparati. È opportuno verificare sempre quali siano le effettive coperture garantite dal contratto.

Queste polizze sono spesso abbinata ad altri contratti come quelli di viaggio o bancari (conto corrente o carta di credito) e possono essere offerte anche come garanzia accessoria alla polizza Rc auto (di cui parleremo nei capitoli seguenti).

## **Assistenza sanitaria**

Le prestazioni offerte dalle polizze di assistenza sanitaria possono valere a casa o mentre ci si trova all'estero e sono le più svariate: dalla consulenza medica telefonica all'invio urgente di un medico, dal trasporto in ambulanza all'organizzazione di visite mediche, dalla ricerca di farmaci urgenti o di uno specialista al rientro per motivi di salute da un viaggio all'estero, fino ad arrivare alla richiesta di pareri da parte di specialisti o al rientro della salma dall'estero. Possono essere anche concesse piccole somme di denaro nel caso sia necessario prolungare un soggiorno a causa di un infortunio o di una malattia. Tali polizze possono inoltre prevedere il rimborso delle spese per un familiare che deve raggiungere il malato. In genere, per essere coperte, le spese mediche devono essere urgenti e non rimandabili al termine del viaggio. Il vantaggio di questo tipo di servizio consiste essenzialmente nell'aver un contatto telefonico immediato, spesso 24 ore su 24, con un interlocutore, e nella possibilità di fruire con una certa tempestività di una rete sanitaria alter-

nativa al servizio sanitario pubblico. Questi contratti non possono considerarsi sostitutivi di una polizza infortuni o malattia (che spesso includono anche questo tipo di copertura), ma rispondono piuttosto all'esigenza di offrire una risposta immediata a una richiesta urgente dell'assicurato.

## Assistenza per l'abitazione

Un secondo tipo di polizza è costituito dall'assistenza per l'abitazione. In caso di emergenza è previsto l'invio di un elettricista o di un fabbro, di un idraulico o di una guardia giurata, se fosse impossibile chiudere l'abitazione.

In genere, la copertura riguarda sia il cosiddetto "diritto di uscita" sia un numero massimo di ore di manodopera indicato sul contratto. Solitamente, i massimali della copertura non sono elevati.

Controllate quali prestazioni sono escluse, lo sono di solito i costi dei pezzi di ricambio e il materiale utilizzato. L'intervento deve sempre avere caratteristiche di urgenza e non può riguardare la manutenzione ordinaria.

## Avvertire la centrale operativa

Per poter beneficiare di questo tipo di assicurazioni, l'assicurato deve telefonare alla centrale operativa della compagnia. Talvolta le compagnie delegano questa attività ad altre imprese specializzate nel settore assistenza. Il numero da contattare è in genere verde, senza oneri o con spese ridotte per l'assicurato. Nella maggior parte dei casi la centrale operativa invierà direttamente un proprio incaricato. Può accadere, tuttavia, che la centrale, se non può effettuare la prestazione richiesta, autorizzi l'assicurato a sostenere la spesa necessaria, provvedendo poi al rimborso. L'autorizzazione dell'assicurazione è un presupposto imprescindibile per avere poi il risarcimento. Vi sconsigliamo, quindi, di chiedere prestazioni a pagamento, se non avete prima avuto il via libera dall'assicurazione.

In ogni caso, dato che questi contatti sono di frequente telefonici, chiedete sempre il nominativo o il codice identificativo dell'operatore con cui state parlando, il numero di posizione della vostra pratica e, in caso debbano essere anticipate delle spese, informatevi se la persona con cui state parlando ha il potere di autorizzare il pagamento.

Portate sempre con voi (per esempio, nel portafoglio o in auto) il numero della centrale operativa e il vostro numero di polizza. Per accedere alle prestazioni assicurative, infatti, è necessario comunicare alla centrale operativa questi dati. Non averli può voler dire non riuscire a godere dell'assicurazione nel momento del bisogno. A questo scopo, in genere, le compagnie consegnano delle schede promemoria di dimensioni ridotte alla firma del contratto.

## **Le assicurazioni di tutela giudiziaria**

Le polizze di tutela giudiziaria prevedono il rimborso delle spese legali nel caso in cui l'assicurato, e talvolta anche i familiari indicati sullo stato di famiglia, siano coinvolti in controversie legali al di fuori dello svolgimento di un'attività professionale. La polizza assicurativa è operativa sia nel caso in cui l'assicurato abbia subito un danno sia in quello in cui abbia causato un danno a qualcun altro.

La copertura delle spese è estesa, in genere, sia alla fase stragiudiziale (quella che precede l'inizio del processo) sia all'eventuale fase giudiziale successiva (ovvero il processo vero e proprio).

Spesso, questo tipo di polizza viene venduto insieme ad altre polizze principali, come l'Rc auto o le polizze per la famiglia.

### **Quali coperture**

Come per qualsiasi altro tipo di assicurazione, prima di sottoscrivere una polizza di tutela legale è indispensabile leggere bene il contratto, in modo da valutare la necessità e l'utilità di stipularla.

Alcune di queste polizze vengono chiamate a "rischio definito", ovvero offrono la copertura solo ed esclusivamente nei casi riportati nel contratto. Se la controversia legale non rientra nelle categorie segnalate, la compagnia non offrirà alcuna copertura. In genere è esclusa la copertura per le controversie già in essere prima della stipula.

Di solito la copertura assicurativa è valida per tutti i fatti accaduti durante la sua durata, anche se la richiesta di danni è arrivata solo dopo la scadenza del contratto.

Così, per esempio, se la vostra polizza di tutela giudiziaria prevedeva una durata dal 2015 al 2020 e il 10 gennaio 2019 un albero del vostro giardino è crollato nella proprietà confinante, la polizza sarà operativa anche se il vostro vicino deciderà di chiedere per la prima volta i danni solo nel marzo 2021, a polizza scaduta. Ricordate comunque di verificare che cosa dice il contratto in proposito.

### **Procedimenti civili**

Di solito per le controversie civili, la copertura comprende le spese del proprio avvocato, le spese legali dell'altra parte nel caso la causa venga persa; e quelle di un'eventuale consulenza tecnica.

Rimangono a carico dell'assicurato gli oneri tributari, come il contributo unificato per l'iscrizione della causa a ruolo e le tasse di registro.



La copertura assicurativa naturalmente non è estesa a tutte le controversie in cui si può rimanere coinvolti. In genere, i giudizi in materia di diritto di famiglia (successioni, donazioni, separazioni, divorzi e via dicendo) sono esclusi dalla garanzia o, comunque, prevedono che sia passato un certo periodo dalla stipula della polizza, generalmente di 2 anni, prima di potere avere assistenza (si tratta del cosiddetto “periodo di carenza” già visto in precedenza).

Esclusioni o limitazioni possono essere previste anche per controversie con gli inquilini di un immobile di proprietà dell'assicurato (per esempio, per procedure di sfratto), per vertenze relative all'acquisto o alla ristrutturazione della casa e per vertenze con collaboratori domestici che non sono regolarmente assunti. Sono escluse dalla copertura anche le controversie di scarso valore economico (in genere fino a 500 euro).

Nell'ipotesi in cui, dopo la causa, sia necessario procedere alla cosiddetta “fase esecutiva” (pignoramento e tutte le fasi relative), in quanto il debitore non provvede al pagamento di quanto stabilito dal Giudice, in genere le polizze limitano la copertura a due tentativi di esecuzione.

## **Procedimenti penali**

Per le controversie penali, la copertura riguarda anche alle spese per le indagini difensive svolte dal proprio legale o da consulenti tecnici. La copertura non è però estesa ai delitti dolosi, nei quali l'imputato è accusato di avere intenzionalmente violato una norma penale. Solo in caso di assoluzione alcune polizze prevedono il rimborso delle spese per procedimenti di questo tipo.

La copertura vale quindi solo in caso di delitti colposi, nei quali viene contestato un fatto di rilevanza penale, ma commesso per imprudenza, negligenza, incuria, imperizia o inosservanza di leggi o regolamenti.

Talvolta, nel caso in cui il reato sia lieve e venga ritenuto dalla legge soltanto una contravvenzione penale, la copertura potrebbe essere operativa anche se c'è stata intenzionalità.

## **Procedimenti tributari o amministrativi**

Le vertenze fiscali e amministrative vengono generalmente escluse dalla copertura. Quando la polizza offre la tutela, sono previsti numerosi limiti. Pertanto, nel caso in cui sia necessario impugnare una multa presa per aver violato il Codice della Strada o una cartella esattoriale per una tassa che il Fisco ritiene non pagata o, ancora, una concessione edilizia, questo tipo di polizza probabilmente non vi offrirà la necessaria assistenza.

## Come godere della polizza

In caso di controversia è opportuno informare immediatamente la compagnia della vostra esigenza di godere della copertura prevista.

Se l'assicurato riceve la notifica di un atto giudiziario o una lettera di contestazione, conviene che ne invii una copia all'assicurazione, insieme a tutto quanto può essere necessario per valutare il caso (documenti, fotografie ecc.). Se si tratta di una controversia civile, la compagnia tenderà, tramite il legale incaricato, di raggiungere un accordo amichevole con la controparte; sarà comunque l'assicurato a decidere se accettare l'accordo.

Anche la scelta del legale tocca all'assicurato, è sempre più prudente, però, chiedere un'autorizzazione alla nomina, anche via fax o via e-mail. Se poi l'assicurato non sa chi nominare, la compagnia indicherà un avvocato di sua fiducia. Resta scoperta dalla polizza l'eventuale nomina di un secondo legale, anche se necessaria (per esempio, perché la causa si svolge lontano dal luogo di residenza).

È possibile che l'assicurazione e l'assicurato non siano d'accordo sulla gestione del sinistro. La compagnia potrebbe, per esempio, ritenere infondate le pretese nei confronti di un terzo a cui l'assicurato vuole fare causa e, quindi, rifiutare l'assistenza. L'assicurato può allora decidere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria o a un collegio arbitrale, che, come abbiamo visto, è una strada più breve, ma anche più costosa.

## Valutare massimale e periodo di carenza

Bisogna sempre valutare il massimale di spesa per evitare di ritrovarsi di fronte a oneri che superano questo tetto e che, pertanto, la compagnia ha il diritto di non rimborsare. È bene, quindi, concordare prima e per iscritto con il proprio avvocato l'ammontare delle spese di assistenza. Tenete presente che l'avvocato è obbligato a rilasciare un preventivo scritto, nel caso ne facciate espressa richiesta.

Deve essere esaminato attentamente anche l'eventuale periodo di carenza della copertura assicurativa, ovvero quel lasso di tempo successivo alla firma del contratto durante il quale la copertura non è operativa. Questa clausola viene inserita dalle compagnie per evitare che vengano stipulati contratti con persone che sanno già, oppure prevedono, di dovere affrontare una causa e vogliono godere del rimborso delle spese.

Tenete infine presente che, nel caso venga raggiunto un accordo amichevole con la controparte, prima della sottoscrizione è necessario avere l'autorizzazione scritta della compagnia.

# 6

## Rc auto

Tutti i veicoli a motore, comprese le imbarcazioni, devono essere assicurati per il rischio responsabilità civile, ovvero per gli eventuali danni causati a terzi: si tratta di quella che viene comunemente detta Rc auto. Nel linguaggio corrente con Rc auto ci si riferisce anche ai veicoli a due ruote, mentre si parla di Rc natanti per le barche. L'obbligatorietà di tale polizza risponde all'obiettivo di garantire la certezza del risarcimento a favore delle persone che subiscono un danno in seguito a un incidente. Per tale motivo si ritiene che la copertura valga anche in caso di incidente causato con dolo (ovvero volontariamente), in deroga alle norme generali in materia di assicurazione.

In caso di mancata assicurazione del veicolo non solo rischiate di dovere risarcire di tasca vostra eventuali danni, ma sarete soggetti a una sanzione amministrativa particolarmente elevata, che può variare da 849 a 3.396 euro. Nessuna sanzione può essere comminata qualora il veicolo circoli nei 15 giorni di tolleranza dopo la scadenza della polizza.

All'eventuale multa si aggiungono però il sequestro del mezzo fino al versamento dell'assicurazione e le eventuali spese di custodia. L'importo può essere ridotto a un quarto se si paga il premio entro 15 giorni dalla scadenza dei 15 giorni di tolleranza previsti per legge (in altre parole entro 30 giorni dalla scadenza del contratto) oppure in caso di radiazione e demolizione entro 30 giorni dalla contestazione di violazione dell'obbligo assicurativo. I controlli sulle coperture possono avvenire anche a distanza attraverso le targhe e rilevatori omologati.

## **Il contratto**

Secondo la legge, i veicoli a motore, compresi i rimorchi, non possono circolare su strade pubbliche senza avere un'assicurazione che copra tutti i danni che possono provocare a terzi. L'Rc auto tutela il proprietario e il conducente, i quali, in caso di incidente, sono entrambi tenuti al risarcimento (art. 2054 del Codice Civile). Il proprietario è infatti sempre responsabile dei danni causati, anche se non era lui alla guida, salvo il caso in cui la circolazione avvenga contro la sua volontà (per esempio furto).

Auto, moto e barche devono quindi essere assicurate per poter circolare in aree pubbliche. Una sentenza della Corte di Giustizia Europea del 2018 ha sancito che le auto che si trovano in aree private e che siano funzionanti e idonee a circolare debbano essere comunque assicurate. In passato si riteneva che chi avesse un'auto inutilizzata in un cortile privato o un box potesse non assicurarla. La sentenza della Corte di Giustizia ha smentito tale interpretazione mai contestata fino a questo momento, perlomeno in Italia. Data la novità della questione non è al momento possibile comprendere quali saranno i suoi sviluppi legali. Di sicuro se tenete la vostra auto parcheggiata in un'area pubblica, dovete sottoscrivere un'assicurazione anche se non la utilizzate mai. Generalmente, l'Rc auto vale anche per incidenti accaduti in aree private (quindi anche nel cortile del palazzo). Verificate in ogni caso cosa prevede il contratto. Sono esclusi dalla copertura, invece, gli incidenti avvenuti durante la partecipazione a gare o competizioni sportive.

Allo scopo di favorire il confronto sui premi praticati dalle diverse compagnie, è stata prevista l'adozione di un contratto base, contenente condizioni minime uguali per tutte le imprese. Al momento questo prodotto assicurativo non è ancora in distribuzione in attesa dei regolamenti attuativi.

## **Il certificato di assicurazione**

Per essere in piena regola, durante la circolazione non basta avere stipulato la polizza, ma occorre avere con sé anche il certificato di assicurazione. Il contrassegno assicurativo che in passato veniva esposto sul lunotto è stato invece abolito, posto che le pattuglie di polizia possono effettuare oggi controlli online sulla copertura assicurativa dei veicoli in circolazione.

In caso di controllo, se non avete con voi il certificato assicurativo verrete multati, anche se siete in regola. È importante, quindi, pretendere sempre l'immediato rilascio di tale documento che potrà essere inviato dalla compagnia anche via mail. In caso di problemi o ritardi postali, comunque, le compagnie devono rilasciare un duplicato dei documenti senza oneri. Se invece è l'assicurato a perdere la documentazione, l'assicuratore può chiedere il rimborso delle eventuali spese sostenute.

## Danni alle cose? Esclusi parenti e soci

L'Rc auto copre i danni provocati a terzi. Alcune persone, però, non sono considerate terze dalla legge e non hanno quindi diritto al risarcimento dei danni alle cose (per esempio quelli ai veicoli o ai beni trasportati) subiti nel corso di un incidente stradale. La limitazione riguarda: il coniuge non legalmente separato, il convivente, i genitori, i figli e gli altri parenti fino al terzo grado nel caso convivano con l'assicurato o siano a suo carico.

Inoltre, se a essere assicurata è una società, non godranno delle garanzie i soci a responsabilità illimitata e le persone che con questi si trovino in uno dei rapporti di parentela di cui abbiamo appena detto.

Queste limitazioni riguardano anche il proprietario e l'usufruttuario del veicolo. I danni fisici alle persone, anche parenti o soci, sono invece coperti dalla polizza.

## Occhi aperti su esclusioni e rivalse

Il parametro principale per valutare una polizza non è solo il prezzo. Bisogna infatti considerare con attenzione le clausole contrattuali e in particolar modo quelle in materia di esclusioni e rivalse.

La legge prevede che il danneggiato sia sempre risarcito dalla compagnia che assicura il veicolo responsabile dell'incidente. Tuttavia, dopo aver pagato, la compagnia può riservarsi di chiedere all'assicurato o al conducente, in alcuni casi espressamente indicati sul contratto, la restituzione totale o parziale di quanto pagato. Le clausole di esclusione e rivalsa variano da polizza a polizza, ma possiamo dividerle sostanzialmente in due categorie.

- Nella prima, rientrano le clausole relative alla descrizione del rischio indicata in polizza. Se al momento della stipula del contratto, l'assicurato rilascia dichiarazioni sull'età o sul numero dei conducenti, e al momento del sinistro alla guida si trova qualcuno che non rispetta le caratteristiche dichiarate, la compagnia può esercitare una rivalsa. Lo stesso avviene se non è stato comunicato il cambio di residenza, dato che le tariffe Rc auto variano da luogo a luogo. In queste ipotesi, di solito, la rivalsa è parziale e la compagnia richiede il rimborso solo di una parte del risarcimento, che può essere calcolata in proporzione alla quota di premio risparmiata dall'assicurato a causa dell'errata descrizione del rischio. Per esempio, se evitando di dichiarare la vostra reale residenza avete ottenuto un risparmio del premio assicurativo del 10%, in caso di sinistro la compagnia potrà richiedere la restituzione del 10% del risarcimento versato al danneggiato. In alternativa la rivalsa può avere la misura fissa massima indicata nel contratto (per esempio 5.000 euro) oppure può anche essere totale.

- Nella seconda categoria rientrano le rivalse che trovano giustificazione nelle violazioni della legge da parte del conducente: se al momento dell'incidente l'auto non aveva fatto la revisione periodica; se il conducente guidava senza patente o con patente scaduta; in caso di trasporto irregolare di altre persone (per esempio, viaggiare in sei in un'auto omologata per cinque o su un mezzo non adibito al trasporto di persone); in caso di guida sotto l'effetto di alcol o droghe e via dicendo. In tutti questi casi, generalmente la rivalsa dell'assicurazione è totale.

Al momento della stipula del contratto, quindi, conviene valutare attentamente se esistano tali clausole e quali limiti prevedano, tenendo presente come viene utilizzata l'auto e individuando tutte le persone, familiari e non, che potrebbero guidare il veicolo.

Ricordate, comunque, che prima della stipula del contratto, l'assicuratore è tenuto a fornire alcune sintetiche informazioni essenziali sul contratto: la cosiddetta nota informativa, in cui devono essere indicate ed evidenziate anche graficamente le clausole di esclusione e rivalsa. Dobbiamo però dire che spesso queste descrizioni non sono abbastanza chiare. Ecco perché ancora una volta consigliamo di leggere bene tutte le condizioni.

Alcune polizze prevedono la possibilità di limitare il rischio di rivalse attraverso la stipula di un'apposita garanzia aggiuntiva, spesso denominata "protezione imprevisti", del costo di pochi euro. Una spesa che può risultare conveniente.

## La Carta Verde

Oltre che in Italia, l'Rc auto è operativa automaticamente anche nei territori della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea e nelle nazioni indicate sul contratto: si tratta della clausola di cosiddetta estensione territoriale. In altri paesi, per poter circolare ed essere in regola, è necessaria la Carta Verde, un documento che in genere viene rilasciato automaticamente al momento della stipula dell'assicurazione senza alcun sovrapprezzo. Nel caso in cui non l'abbiate acquistata insieme all'assicurazione, potrete richiederla successivamente oppure alla frontiera (anche se spesso a prezzo più elevato). Sulla Carta Verde è riportato l'elenco degli Stati in cui la garanzia è valida, ma dato che possono esserci delle variazioni, conviene sempre fare una verifica prima della partenza. Per i paesi che non sono indicati sul contratto e non aderiscono a tali accordi, è necessario acquistare un'assicurazione specifica. In caso di dubbio è bene consultare l'Ufficio Centrale Italiano, ente delegato ai rapporti con le compagnie estere ([www.ucimi.it](http://www.ucimi.it)).

## Il massimale

L'entità del massimale (la cifra massima che la compagnia risarcisce in caso di incidente) è uno degli elementi che determinano l'ammontare del premio. Attualmente il limite minimo è pari a 6.070.000 euro per i danni alle persone, e 1.220.000 euro per i danni alle cose. Ciò indipendentemente dal numero dei danneggiati. Per i veicoli adibiti al trasporto di persone il massimale è di 15.000.000 euro per sinistro per i danni alle persone e di 1.000.000 euro per sinistro per i danni alle cose. Ogni 5 anni, questi massimali vengono aumentati secondo la variazione degli indici dei prezzi.

## Il premio

Per poter godere della copertura assicurativa, occorre prima di tutto aver pagato il premio, che va versato alla scadenza annuale.

Come già detto, è previsto un periodo di tolleranza di 15 giorni per il pagamento del premio. Durante tale periodo la circolazione è quindi consentita senza il rischio di multe o di trovarsi scoperti in caso di incidente.

## Le variazioni del premio

Le tariffe sono libere e le compagnie possono praticare i prezzi che ritengono più opportuni. Sulla base di complessi criteri statistici, che tengono conto dei sinistri verificatisi negli anni precedenti e di altri fattori di rischio (età, residenza, numero di punti sulla patente ecc.), le compagnie determinano la rischiosità di ciascun automobilista. Così, per esempio, un'auto con alimentazione diesel si ritiene più a rischio di un'auto alimentata a benzina, poiché si presuppone che venga utilizzata da una persona che percorre molti chilometri.

È sempre consigliabile verificare ogni anno quali siano i prezzi più bassi attraverso comparatori come quello che potete trovare consultando il nostro sito [www.altroconsumo.it](http://www.altroconsumo.it) o attraverso il sito gestito dall'IVASS [www.tuopreventivatore.it](http://www.tuopreventivatore.it).

Per garantire trasparenza è previsto che gli aumenti e le diminuzioni di premio, legate al verificarsi o meno di sinistri, si applichino automaticamente in base alla classe di rischio di appartenenza (di cui scriveremo nelle prossime pagine). Tali variazioni devono essere indicate preventivamente sul contratto sia in termini percentuali sia in termini assoluti. A parità di fattori di rischio, inoltre, il nuovo cliente deve avere lo stesso premio del vecchio cliente.

## L'avviso di scadenza del premio

Le compagnie di assicurazioni hanno l'obbligo di avvisare il contraente per iscritto, e con un preavviso di almeno 30 giorni, della scadenza del contratto (art. 170 bis Codice delle Assicurazioni). L'assicuratore, però, non è tenuto a indicare espressamente l'entità della nuova tariffa e può semplicemente limitarsi a invitare il consumatore a rivolgersi all'agenzia di riferimento o al call center.

La compagnia non è obbligata a inviare questa comunicazione con raccomandata. Dato che le attuali forme di spedizione non prevedono la presenza di un timbro postale, se la comunicazione non viene ricevuta o viene ricevuta in ritardo possono crearsi dei contenziosi.

Tenete comunque presente che gli assicuratori sono obbligati a garantire la possibilità di effettuare preventivi personalizzati tramite internet e devono pubblicare le condizioni contrattuali. Qualora l'intermediario collabori con più compagnie sarà tenuto a indicare quali sono tutti i premi delle imprese per cui lavora, anche solo telematicamente. Il consumatore dovrà rilasciare una dichiarazione con la quale afferma di avere ricevuto le informazioni in questione.

## Senza tacito rinnovo

Le polizze Rc auto cessano alla scadenza annuale (salvo il periodo di tolleranza di 15 giorni di cui abbiamo già scritto, nel quale la copertura è ancora valida). Pertanto, per cambiare compagnia, non sarà necessario inviare alcuna disdetta. L'eliminazione del tacito rinnovo vale anche per le coperture accessorie (furto, incendio ecc.), purché queste siano inserite nella stessa polizza o in altro separato contratto, a condizione che sia stipulato contemporaneamente.

### Tasse e oneri

Non tutte le somme versate per il pagamento del premio Rc auto finiscono alla compagnia. Sul costo dell'assicurazione gravano, infatti, un'imposta del 12,5% (che può essere aumentata da ogni Provincia fino al 16%), un contributo a favore del Fondo di garanzia per le vittime della strada del 2,5% e un onere del 10,5% a titolo di contributo al Servizio Sanitario Nazionale per le spese mediche che lo Stato sopporta per le cure prestate alle vittime di incidenti stradali.



## L'obbligo a contrarre

Le compagnie assicurative non possono rifiutarsi di stipulare un contratto Rc auto né subordinare la stipula all'acquisto di garanzie accessorie. Un eventuale rifiuto è punito con una sanzione amministrativa. La compagnia può tuttavia sospendere l'emissione della polizza ove i dati forniti siano errati. Le imprese possono invece rifiutarsi di stipulare contratti non obbligatori (furto e incendio del veicolo, kasko e altre coperture di cui parleremo nel capitolo seguente).

## Sconti obbligatori

La legge prevede che le imprese siano tenute ad applicare sconti obbligatori sui premi assicurativi in tre casi:

- esecuzione di una ispezione preventiva da parte dell'impresa sulle condizioni del veicolo (ciò allo scopo di prevenire eventuali imputazioni a sinistri di danni già esistenti);
- utilizzo di specifiche "scatole nere" che registrino le attività del veicolo;
- installazione di meccanismi che impediscano l'avvio del mezzo in caso di tasso alcolemico superiore al consentito.

Negli ultimi due casi i costi degli apparecchi saranno a carico delle imprese, anche con riferimento all'eventuale disinstallazione e alla portabilità, ovvero all'utilizzo dello stesso macchinario presso diverse compagnie.

Al momento tali meccanismi non sono di fatto ancora utilizzati. Auspicando che ciò possa avvenire a breve, è previsto che l'ammontare dello sconto venga indicato sia in termini assoluti sia in termini percentuali.

Nelle zone a più alta sinistrosità (dove avvengono più incidenti e quindi dove i premi sono più elevati) è previsto che l'ammontare dello sconto sia più alto per gli automobilisti che non provocano danni per 4 anni di fila dopo avere installato a bordo della propria auto la scatola nera o il meccanismo che impedisce l'avvio in caso di ubriachezza. L'IVASS ha già individuato le 29 province dove tale sconto sarà più alto, vi figurano tra le altre Napoli, Benevento, Roma, Genova, Bari, Foggia, Palermo, Catania, Catanzaro, Reggio Calabria, Firenze, Livorno. In caso di incidente, anche il peggioramento di tariffa dovrà essere inferiore a quello previsto per gli altri assicurati.

## Le diverse forme tariffarie

Tradizionalmente nel settore della Rc auto esistono tre tipi di tariffa: quella fissa, quella con franchigia e la cosiddetta bonus/malus, la più diffusa. Vediamo in cosa consistono e come funzionano.

### **Tariffa fissa**

È certamente quella meno utilizzata ed è applicata solo ad auto o moto storiche (purché iscritte in appositi registri), imbarcazioni e camion. Viene calcolata esclusivamente in base alle caratteristiche del veicolo da assicurare (come la cilindrata) e del suo proprietario (come la provincia di residenza). Tariffa fissa non vuol dire che non cambia mai, ma solo che i suoi cambiamenti non hanno alcun collegamento con il comportamento di guida dell'assicurato.

Per le polizze stipulate con questa formula dopo il primo agosto 2018 è previsto tuttavia che vengano calcolate le classi di rischio in base al numero dei sinistri causati. Si tratta della cosiddetta classe universale prevista per le polizze bonus/malus di cui scriveremo a breve. Per i veicoli assicurati prima di quella data con questa formula che vogliono passare alla tariffa bonus malus si applicherà la classe di merito 14.

### **Il premio a tempo o chilometrico**

Alcune compagnie prevedono, per chi utilizza poco l'auto, un tipo di polizza in cui il premio viene calcolato, in tutto o in parte, in funzione del tempo di effettivo utilizzo o dei chilometri percorsi.

Per le polizze a tempo, in occasione di ogni utilizzo l'assicurato deve avvertire preventivamente la compagnia (via telefono, tramite internet, via SMS oppure automaticamente via satellite). In genere, sono previste franchigie e rivalse in caso d'incidente causato senza avere avvertito la compagnia dell'utilizzo dell'auto.

Per le polizze chilometriche, invece, il calcolo della percorrenza percorsi avviene tramite sistemi satellitari, che spesso hanno un costo di noleggio. Superato il limite indicato in polizza, la compagnia potrà richiedere un premio integrativo.

La macchinosità del sistema rende queste polizze adatte solo per chi usa il veicolo saltuariamente e può programmare rigidamente i propri spostamenti.

## Tariffa con franchigia

Questa tariffa prevede che in caso di incidente l'assicurato responsabile del sinistro rimborsi alla compagnia una quota, indicata nel contratto, di quanto pagato al danneggiato. In origine prevedeva che non ci fosse variazione in relazione al numero di sinistri provocati dall'assicurato; in realtà nella determinazione del premio ormai si tengono in considerazione anche gli incidenti causati. Per le polizze stipulate dopo il primo agosto 2018, nell'attestato di rischio è indicato il numero di sinistri con colpa effettuati e la classe di merito maturata, da usare in caso di passaggio alla formula bonus/malus. Per i veicoli assicurati prima di quella data con questa formula che vogliono passare alla polizza bonus/malus si applica invece il criterio di conversione come da tabella "Da franchigia a bonus/malus" a [pagina 100](#).

È una forma di assicurazione in genere più economica, ma poco diffusa, data la difficoltà delle compagnie di recuperare dagli assicurati gli importi di franchigia. Gli assicuratori possono individuare delle forme di garanzia che consentano loro di recuperare le franchigie, senza costi per il cliente e garantendo al consumatore un premio inferiore a quello che sarebbe stato applicato in assenza di franchigia con recupero garantito. Ma si tratta di clausole poco usate. Per incoraggiare gli assicurati a rimborsare spontaneamente gli importi delle franchigie, è stato introdotto l'obbligo di annotare nell'attestato di rischio le eventuali franchigie non pagate.

## Tariffa bonus/malus

È senza dubbio la formula più diffusa. Prevede che l'ammontare del premio venga calcolato anche in base al numero di sinistri dovuti alla responsabilità del conducente del veicolo assicurato: insomma, dal numero degli incidenti per cui l'assicuratore ha dovuto risarcire i danni.

### Classe di merito e incidenti

Tra i principali criteri di calcolo del premio, accanto alla classe di merito vi è la cosiddetta "sinistrosità pregressa", ovvero il numero di incidenti causati negli ultimi 5 anni, indicato nell'attestato di rischio. A partire dal 2019 è previsto il graduale innalzamento del periodo di valutazione sino ad arrivare agli ultimi 10 anni.

È bene sapere che in caso si usufruisca della classe di merito familiare, l'assicurazione non considererà tale dato, ritenendo il nuovo veicolo come non assicurato. Nei fatti, questo può tradursi in un maggior premio a parità di classe di merito.

### Da franchigia a bonus/malus

Anni senza sinistri	Classe di merito
5	9
4	10
3	11
2	12
1	13
0	14

### Le classi di merito universali

Il sistema tariffario bonus/malus prevede alcune regole comuni a tutte le compagnie, in modo da determinare delle norme minime omogenee di valutazione del rischio.

Secondo queste regole gli assicurati devono essere catalogati in 18 Classi di merito Universali (CU), corrispondenti a 18 livelli di premio crescenti dalla prima alla diciottesima classe.

Un veicolo appena acquistato (anche se usato) viene assegnato alla classe di ingresso, che è la 14.

Bisogna tenere presente che in tutti i casi in cui l'assicurato non provveda a documentare il proprio stato di rischio e a esibire la carta di circolazione, il foglio complementare o il certificato di proprietà, la compagnia ha diritto ad assegnare la CU 18, ovvero la più onerosa.

### Il passaggio di classe

In assenza di incidenti, la tariffa bonus/malus prevede che di anno in anno la classe di merito migliori. Partendo dalla classe 14, l'anno successivo si passerà in classe 13, e così via fino ad arrivare, se non si fanno incidenti, alla classe di merito 1. In presenza di sinistri, le regole si fanno un po' più complesse.

Per prima cosa, bisogna valutare il grado di responsabilità dell'assicurato nell'incidente. Raramente, infatti, la colpa degli incidenti stradali è attribuibile esclusivamente a uno solo dei veicoli coinvolti. Più frequentemente esiste un concorso di colpa. La legge (art. 2054 del Codice Civile) prevede la cosiddetta "presunzione di corresponsabilità", ovvero che, nel dubbio e in assenza di prove contrarie, la colpa del sinistro stradale vada attribuita per il 50% a entrambi i conducenti. Nel caso in cui il veicolo assicurato sia stato coinvolto in un incidente, alla scadenza del periodo assicurativo verranno applicate le seguenti regole:

- in assenza di responsabilità da parte del veicolo assicurato, scatterà il bonus con miglioramento di una classe di merito;

- in presenza di una responsabilità pari o inferiore al 50%, non scatterà alcun malus. Se però il veicolo assicurato si rende responsabile di un altro sinistro nei 5 anni successivi, verranno cumulate le responsabilità attribuite nei singoli incidenti. Quando la somma arriva a superare il 50% di responsabilità scatterà il malus, con peggioramento di due classi di merito per l'assicurato;
- in presenza di una responsabilità superiore dal 51%, scatterà il malus con peggioramento di due classi di merito.

Non potranno essere attribuiti peggioramenti della classe di merito fino alla definizione delle responsabilità del sinistro e al relativo pagamento dell'indennizzo (le regole di passaggio sono indicate nella tabella "Regole evolutive della formula bonus/malus" a **pagina 102**).

## Agevolazioni familiari e altre regole particolari

Abbiamo visto che, in caso di acquisto di veicolo nuovo, la classe di merito di ingresso è in genere la 14. Esistono tuttavia una serie di casi particolari in cui questa regola non vale. La materia è regolata dall'articolo 134 del Codice delle Assicurazioni e dal regolamento 72/18 dell'IVASS. Vediamo insieme quali sono.

- **Familiari conviventi** In caso di acquisto di un secondo veicolo da parte del medesimo proprietario, oppure da parte di familiari conviventi, potrà essere utilizzata la classe di merito del familiare più conveniente. L'assicurazione può tuttavia chiedere di produrre un certificato di residenza che provi la convivenza oltre a una copia dell'attestato di rischio da dove risulta tale classe. L'agevolazione è utilizzabile anche dalle coppie di fatto. Nel linguaggio corrente questo beneficio viene definito come previsto dalla "Legge Bersani".
- **Veicoli cointestati** In caso di variazione dell'intestazione dei veicoli con passaggio da più soggetti a uno solo, tutti gli intestatari possono mantenere la classe di merito maturata.
- **Coniugi o conviventi** Se si trasferisce la proprietà tra coniugi oppure tra persone unite civilmente o conviventi di fatto, entrambi conservano la classe di merito.
- **Eredità** In caso di acquisto ereditario, gli eredi conviventi acquisiscono la classe di merito; se l'erede convivente ha una classe di merito migliore può chiedere di applicare quest'ultima.

- **Portatori di handicap** La classe di merito maturata può essere goduta anche dal conducente abituale del veicolo di proprietà del portatore di handicap, purché egli abbia segnalato da almeno 12 mesi agli uffici della Motorizzazione civile di utilizzare il veicolo a tal fine.
- **Vendita, furto demolizione, esportazione, consegna in conto vendita a concessionario, cessazione della circolazione** La classe di merito viene conservata.
- **Leasing e noleggio a lungo termine superiore a 12 mesi** La classe di merito viene conservata, purché l'utilizzatore abituale abbia annotato il proprio nominativo presso la Motorizzazione civile. Ciò vale per i veicoli con contratto stipulato dopo il 3 maggio 2018; per quelli precedenti si tiene invece conto delle classi maturate negli ultimi 5 anni (come da tabella a [pagina 100](#)).

#### Regole evolutive della formula bonus/malus

Classe di merito	Classe di collocazione in base ai sinistri				
	0 sinistri	1 sinistro	2 sinistri	3 sinistri	4 o più sinistri
01	1	3	6	9	12
02	1	4	7	10	13
03	2	5	8	11	14
04	3	6	9	12	15
05	4	7	10	13	16
06	5	8	11	14	17
07	6	9	12	15	18
08	7	10	13	16	18
09	8	11	14	17	18
10	9	12	15	18	18
11	10	13	16	18	18
12	11	14	17	18	18
13	12	15	18	18	18
14	13	16	18	18	18
15	14	17	18	18	18
16	15	18	18	18	18
17	16	18	18	18	18
18	17	18	18	18	18

## Contestare lo scatto di malus

La legge non impone alle compagnie di concordare con l'assicurato la definizione dei sinistri. Tuttavia l'assicurazione dovrà comunicare a mezzo raccomandata o a mezzo di altro sistema che garantisca la ricezione, l'apertura di un sinistro, ciò per evitare che il consumatore scopra di avere subito un peggioramento della classe di merito solo in occasione del rinnovo della polizza.

L'assicurato può accedere agli atti dei sinistri già liquidati per verificare se il comportamento della compagnia è stato corretto (art. 146 del Codice delle Assicurazioni). Per entrare in possesso della documentazione, è necessario fare richiesta scritta alla compagnia, che dovrà fornire tutti gli incartamenti entro 60 giorni (vedi **Modello 18** in Appendice). Nel caso la compagnia non provveda, l'assicurato potrà rivolgersi all'IVASS.

Sulla base della documentazione acquisita, si potrà verificare se la compagnia ha commesso qualche errore e se ci sono i presupposti per richiedere la correzione della classe di merito attribuita.

- **Veicolo acquistato all'estero** Si applica la classe di merito secondo il numero di sinistri risultanti dalla dichiarazione dell'assicurazione estera. In assenza di tale dichiarazione, il veicolo entra in classe 14.
- **Veicolo in conto vendita restituito o auto oggetto di furto ritrovata** Si mantiene la classe di merito precedente alla perdita di possesso anche se nel frattempo è stato acquistato un altro veicolo.
- **Passaggio ad altra categoria del veicolo** Se il veicolo cambia categoria (per esempio da autocarro ad autoveicolo) si conserva la classe maturata.
- **Cessione del contratto di assicurazione al nuovo acquirente** Il nuovo acquirente mantiene la classe fino alla scadenza del contratto, mentre il cedente conserva la classe di merito.
- **Ditta individuale e società di persone** Per i trasferimenti di proprietà da e verso la persona fisica si mantiene la classe di merito.
- **Trasformazioni e cessioni di ramo d'azienda da parte di una società** La classe di merito si trasferisce dalla vecchia alla nuova società.
- **Liquidazione coatta dell'impresa di assicurazione** Si conserva la classe di merito.

## **Le classi di merito contrattuali**

Accanto alle classi di merito universali, ogni impresa è libera di adottare un proprio sistema di valutazione del rischio assicurativo. Ogni compagnia deve tenere fermo il legame fra classe di merito e numero di incidenti provocati, ma può modificare il numero delle classi e il sistema di passaggio dall'una all'altra. In genere, le assicurazioni hanno allargato il ventaglio delle classi di merito, che sono quindi aumentate. In ogni caso, nelle clausole contrattuali allegate alla polizza devono essere specificati sia il numero delle classi sia i criteri di passaggio dall'una all'altra in assenza di sinistri e in caso d'incidenti, nonché i criteri di conversione della classe contrattuale in classe universale.

Se si decide di cambiare compagnia, la classe di merito contrattuale (detta anche "interna") non avrà alcun valore: la nuova impresa sarà tenuta a valutare solo la classe di merito universale.

## **Conviene riscattare il sinistro?**

Abbiamo visto che uno dei principali criteri di calcolo del premio assicurativo è dettato dalla classe di merito di appartenenza e dal numero di sinistri causati negli ultimi 5 anni.

Per ovviare all'aumento di premio conseguente a un sinistro, l'assicurato ha la possibilità di rimborsare all'assicuratore il risarcimento che ha pagato. Così facendo l'assicurato vedrà migliorare la propria classe di merito di una classe, anziché peggiorarla di due.

Per esempio, se nel 2019 siete in classe di merito 10 e fate un incidente con colpa prevalente, nel 2020 passerete in classe 12, anziché in classe 9, come sarebbe accaduto in assenza di sinistri. Per rientrare in classe 9, non facendo altri incidenti, dovrete attendere il 2023. Se però decidete di riscattare il sinistro, nel 2020 passerete subito in classe 9.

Può valere la pena riscattare il sinistro in caso di incidenti che hanno causato danni relativamente modesti. Prima però occorre conoscere la somma versata dalla compagnia al danneggiato. Per farlo, bisogna anzitutto individuare quale soggetto ha gestito il sinistro, dato che, come vedremo nel prossimo capitolo, esistono diverse modalità di liquidazione dei sinistri.

Nella maggior parte dei casi i sinistri che coinvolgono solo due veicoli e che comportano danni a cose o danni a persone nel limite del 9% di invalidità sono gestiti secondo il cosiddetto "sistema d'indennizzo diretto". Questa procedura prevede che le informazioni sul risarcimento pagato non siano in possesso della compagnia assicuratrice del veicolo responsabile, ma gestite da un organo pubblico, la CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici). Una volta in possesso dei dati relativi al sinistro (data, targhe, compagnie coinvolte), occorre contattare la CONSAP.

Per essere rimborsabile, il sinistro deve essere già stato definitivamente liquidato. È possibile ottenere questa informazione via fax (numeri



06 85796545/546/547), via e-mail ([rimborsistanza@consap.it](mailto:rimborsistanza@consap.it)), tramite un modulo reperibile sul sito [www.consap.it](http://www.consap.it) o, infine, inviando una lettera alla CONSAP (all'indirizzo via Yser 14, 00198 Roma). Utilizzate il **Modello 19** che si trova in Appendice.

Il rimborso va effettuato direttamente a favore della CONSAP; l'ente rilascerà un'attestazione di avvenuto pagamento da trasmettere all'assicuratore per ottenere la rideterminazione della classe di merito.

Nell'ipotesi in cui il sinistro venga gestito secondo procedure diverse dal risarcimento diretto (per esempio, in caso di sinistri che coinvolgano tre veicoli, oppure pedoni ecc.), per sapere l'ammontare delle somme versate al danneggiato, occorre rivolgersi direttamente alla propria assicurazione e rimborsarla di quanto eventualmente pagato.

## L'attestato di rischio

Il documento nel quale viene certificato se l'automobilista ha causato sinistri viene denominato "attestato di rischio" e deve essere elaborato dall'assicuratore in occasione di ogni scadenza annuale, a meno che il contratto non abbia avuto, per qualsiasi ragione, una durata inferiore all'anno. Deve essere messo a disposizione sul sito della compagnia almeno 30 giorni prima del termine del contratto.

L'attestato non deve più essere consegnato al consumatore, che può tuttavia chiederne una stampa all'intermediario. L'attestato viene infatti inserito in una banca dati centrale a disposizione delle compagnie di assicurazione che così possono verificare il grado di rischio degli assicurati, senza la necessità di gestire documenti cartacei (salvo situazioni eccezionali in cui la compagnia potrà chiedere all'assicurato di integrare la documentazione mancante). Oltre alle informazioni sulle parti, sul veicolo e sulla forma tariffaria, l'attestato deve contenere l'indicazione della classe universale e dell'eventuale classe di merito contrattuale adottata dalla singola compagnia. Devono essere anche riportati i sinistri causati negli ultimi 5 anni che, a partire dal 2019, verranno progressivamente portati a 10, indicando quelli che sono stati anche solo parzialmente pagati, la percentuale di responsabilità dell'assicurato e il tipo di danno liquidato. Per maggiore precisione è indicato un codice identificativo dei soggetti, denominato IUR, che consente un adeguamento tempestivo dei dati dei sinistri nella banca dati consultata dalle compagnie anche al fine di determinare l'esatta classe di merito.

Il titolare della classe di merito indicata sull'attestato di rischio è il proprietario del veicolo assicurato. Se, quindi, il contraente della polizza è una persona diversa, non maturerà una propria classe di merito.

L'attestato ha una validità di 5 anni. Pertanto, se l'assicurato interrompe il contratto, può attivare una nuova polizza nel successivo quinquennio senza perdere la classe di merito maturata. Decorsi 15 giorni dalla scadenza del contratto, tuttavia, l'utilizzo dell'attestato è subordinato alla sottoscrizione di una dichiarazione con cui viene scritto che il mezzo nel periodo di scopertura non ha circolato, oppure che è stata stipulato una polizza temporanea.

## Cosa può accadere durante il contratto

Per prima cosa, vale la pena ricordare il principio base, di cui abbiamo già parlato nei capitoli precedenti, per cui ogni variazione del rischio deve essere comunicata all'assicuratore. Un esempio è quello di un trasferimento di residenza, dato che il premio Rc auto varia anche in relazione al luogo in cui si abita. È comunque utile esaminare alcune situazioni ricorrenti.

- **Vendita dell'auto** In caso di vendita del veicolo, secondo l'art. 171 del Codice delle Assicurazioni l'assicurato può:
  - sciogliere il contratto assicurativo. In questo caso ha diritto alla restituzione della quota di premio pagato e non goduto, una volta dettratti le tasse e il contributo al Servizio Sanitario Nazionale (circa un quarto del versato);
  - cedere l'assicurazione insieme al veicolo. In questa ipotesi, il venditore deve informare l'assicuratore e restituire polizza e contrassegno. La compagnia emetterà un nuovo contratto, ricalcolando il premio in base alle caratteristiche dell'acquirente e rilasciando nuovi documenti;
  - utilizzare la polizza per un altro veicolo di sua proprietà. In questo caso il venditore deve restituire la polizza e il contrassegno all'assicuratore, che provvede al conguaglio del premio in base alle caratteristiche del nuovo veicolo ed emette la nuova polizza.
- **Consegna dell'auto in conto vendita** È il caso di chi cede a un concessionario il proprio veicolo usato perché lo rivenda. Come per la vendita, le compagnie consentono il passaggio della polizza alla nuova auto, bisogna però presentare una dichiarazione del concessionario.
- **Demolizione ed esportazione** Se il veicolo viene demolito o esportato definitivamente all'estero, l'assicurato deve comunicarlo all'assicuratore, documentando l'accaduto e restituendo il certificato di assicurazione o distruggendolo. In genere, l'assicurato può scegliere se passare la polizza

su di un nuovo veicolo oppure chiedere il rimborso del premio pagato e non goduto. In ogni caso, se non acquista subito un altro veicolo, potrà godere per 5 anni della CU maturata fino a quel momento.

- **Furto** Se il veicolo viene rubato, l'assicurato deve comunicarlo alla compagnia, allegando copia della denuncia presentata alle autorità, anche se la polizza non prevede la garanzia per il furto. L'assicuratore sarà tenuto a rispondere del risarcimento dei danni eventualmente provocati dal veicolo rubato fino al giorno della presentazione della denuncia all'autorità di pubblica sicurezza. Dal giorno successivo, gli eventuali danni saranno coperti dal Fondo di garanzia per le vittime della strada, di cui parleremo nel prossimo capitolo. L'assicurato ha diritto a riavere la parte del premio non goduto (al netto di imposte e contributi) e a godere per 5 anni della CU maturata fino a quel momento, se non acquista un nuovo veicolo.

- **Sospensione** Quasi tutti i contratti Rc auto prevedono la possibilità di ottenere la sospensione della garanzia. Questa opportunità può essere subordinata ad alcune condizioni specificate nel contratto (durata minima o massima della sospensione; durata residua della polizza non inferiore a 3 mesi ecc.). Dato che non esiste una regolamentazione di legge, occorre prendere visione delle condizioni della polizza.

Questo diritto è stato pacificamente riconosciuto nel nostro paese fino alla sentenza della Corte di Giustizia europea C-80/17. Tale sentenza ha sancito l'obbligo di assicurare il veicolo se funzionante, anche se non circola e se è detenuto in area privata, sotto pena di responsabilità diretta in caso di sottrazione e successivo incidente con colpa. Al momento della stampa della guida non è ancora chiaro quali possano essere le conseguenze di tale sentenza ovvero se sia obbligatorio assicurare sempre e comunque i veicoli funzionanti e di conseguenza se non siano più ammissibili forme di sospensione della copertura. In attesa di un possibile intervento del Legislatore, va segnalato che, attualmente, i contratti prevedono una durata massima della sospensione che è in genere di 12 mesi. Se entro questo termine l'assicurato non chiede la riattivazione, il contratto si estingue e il premio pagato non viene restituito. Con la riattivazione, la durata della polizza viene prorogata per un periodo pari a quello della sospensione; il premio viene tuttavia ricalcolato in base alle nuove tariffe applicate dalla compagnia al momento del riavvio della polizza. Alcune imprese, inoltre, chiedono delle spese fisse di riattivazione.

*Pagina bianca*

# 7

## Il risarcimento dei danni da incidente stradale

Fino a questo momento abbiamo analizzato le regole che disciplinano il rapporto tra assicurazione e assicurato per le polizze Rc auto. All'interno di questo capitolo, passiamo a esaminare la normativa dalla parte del danneggiato, descrivendo le diverse procedure di risarcimento del danno, per capire come funzionano e come fare a ottenere un rimborso.

### Il modulo blu

Qualsiasi sia la procedura da seguire per ottenere il risarcimento, è sempre bene compilare il cosiddetto “modulo blu” (in termini tecnici: Constatazione Amichevole di Incidente o CAI), ovvero uno schema di ricostruzione del sinistro che viene consegnato dall'assicurazione al momento della stipula del contratto. Si tratta di un modulo comune a tutte le compagnie e utilizzato, con poche differenze, anche all'estero. La legge prevede che la denuncia di sinistro all'assicuratore venga fatta utilizzando questo modulo, anche se il mancato rispetto di quest'obbligo non comporta sanzioni.

Se viene firmato da entrambi i conducenti coinvolti nel sinistro, si presume, salvo la presenza di specifiche prove contrarie, che l'incidente si sia verificato nelle circostanze, con le modalità e con le conseguenze descritte. Fate quin-

di molta attenzione alla compilazione, dato che eventuali sbagli potrebbero pregiudicare il vostro diritto al risarcimento. Infatti, in caso di errore, dovrete dimostrare voi con prove certe e inconfutabili che la dinamica del sinistro è diversa da quella descritta dal modulo.

Vi consigliamo di tenerlo sempre in auto e di compilarne tutte le parti: circostanze dell'incidente; dati dei soggetti coinvolti e delle loro assicurazioni; danni a cose e persone; grafico dell'incidente, con la segnalazione visiva del punto d'urto; annotazioni, nel caso ci siano versioni contrastanti; presenza di testimoni; indicazioni sulle autorità intervenute ed eventuali multe; presenza di altri mezzi coinvolti e, ovviamente, le firme dei conducenti. Il modulo è costituito da quattro copie a ricalco: ognuno dei conducenti dovrà tenerne due copie e consegnarne poi una al proprio assicuratore.

Se non fosse possibile compilare il modulo blu al momento dell'incidente, lo si può fare anche in un momento successivo.

## **Due veicoli: indennizzo diretto**

Ci sono diversi tipi di procedure di risarcimento del danno; la principale viene denominata "indennizzo diretto".

Secondo questa procedura a risarcire il danno non sarà la compagnia del responsabile dell'incidente, ma quella del danneggiato. Quest'ultima verrà poi rimborsata dall'assicuratore di chi ha causato il danno, secondo un sistema complesso che prevede l'erogazione di un forfait per ogni sinistro gestito. La Corte Costituzionale ha sancito che tale procedura non può escludere la possibilità di rivolgersi alla compagnia di chi ha causato il sinistro. Di fatto, tuttavia, l'indennizzo diretto è il sistema più utilizzato.

Per potere attivare la procedura d'indennizzo diretto, al posto della procedura ordinaria (di cui parleremo nei prossimi paragrafi), sono però necessari alcuni requisiti:

- l'incidente deve aver coinvolto al massimo due mezzi (non vale, quindi, per i danni a pedoni o cose diverse dai veicoli);
- i veicoli devono essere regolarmente assicurati e immatricolati in Italia o nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano; ove il veicolo sia assicurato con impresa con sede legale all'estero, occorrerà tuttavia valutare se la stessa ha aderito alla procedura;
- il danno eventuale alle persone deve essere di lieve entità, ovvero non superiore al 9% d'invalidità (ne parleremo nei paragrafi seguenti).

## **La richiesta di risarcimento**

La richiesta di risarcimento danni da inoltrare alla propria compagnia deve avere alcuni requisiti tassativi: oltre ai dati delle persone e dei veicoli coinvolti, devono essere descritte le circostanze dell'incidente, le generalità di eventuali testimoni (da indicare subito) e deve essere specificato se è intervenuta qualche autorità pubblica. Inoltre, occorre indicare il luogo, i giorni e le ore in cui le cose danneggiate possono essere disponibili per la perizia (per un minimo di 5 giorni non festivi). Nel caso di danni alla persona, vanno precisati l'età, il codice fiscale, l'attività e il reddito del danneggiato, nonché l'entità delle lesioni subite.

L'assicurato deve anche indicare se ha diritto a prestazioni da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie (per esempio le indennità per infortuni sul lavoro erogate dall'INAIL oppure le indennità di malattia erogate dal datore di lavoro e rimborsate dall'INPS). Ciò in quanto le assicurazioni dovranno risarcire anche tali enti.

La richiesta può essere inviata anche via fax o per via telematica (a meno che questa possibilità non sia esclusa dal contratto). È comunque ancora preferibile utilizzare la raccomandata a.r. oppure la pec (vedi [Modello 20](#)).

Nel caso la richiesta di risarcimento danni sia incompleta, l'assicuratore richiederà la documentazione mancante entro 30 giorni. La compagnia deve ricordare al danneggiato l'obbligo di indicare i testimoni presenti entro 60 giorni, avvertendo che in difetto non sarà più possibile ascoltarli, neppure in un eventuale giudizio. L'impresa deve a sua volta indicare entro i successivi 60 giorni i propri testi.

Se la compagnia conclude che l'incidente non è gestibile secondo la procedura d'indennizzo diretto, deve avvisare l'assicurato entro 30 giorni e trasmettere la richiesta di risarcimento alla compagnia del responsabile, se se ne conosce l'identità.

In caso di lesioni alle persone, il danneggiato dovrà fornire all'assicuratore la documentazione medica che attesti la guarigione, con o senza conseguenze permanenti, e potrà anche avvalersi di un consulente medico (il cui costo sarà risarcito dalla compagnia) che determinerà l'entità dei danni subiti. In regime di indennizzo diretto non sono invece previsti risarcimenti per spese legali se il danneggiato decide di rivolgersi a un avvocato per la gestione della pratica.

## **Il pagamento dell'indennizzo**

Una volta ricevuta dall'assicurato la richiesta di risarcimento, per la compagnia scatteranno i termini previsti dalla legge per avanzare un'offerta di risarcimento. Questi termini consistono in:

- 30 giorni, nel caso di danni alle cose con firma congiunta del modulo blu;
- 60 giorni, nel caso di danni alle cose senza firma del modulo blu;
- 90 giorni, nel caso di danni alle persone.

Il calcolo dei termini non parte dalla data dell'incidente, ma dalla ricezione della documentazione completa da parte dell'assicurazione. Così, per esempio, nel caso di lesioni alla persona, i 90 giorni vanno conteggiati dal momento in cui la compagnia riceve l'attestato medico di avvenuta guarigione.

Completati gli accertamenti, la compagnia fa un'offerta al danneggiato. Dopodiché, sia che venga accettata sia che venga rifiutata, l'impresa è obbligata a versare la somma proposta entro 15 giorni. Se il danneggiato rifiuta la proposta, potrà trattenere i soldi versati come acconto sul maggior danno rivendicato. In assenza di risposte, la compagnia dovrà comunque procedere al pagamento.

Se la compagnia decide di non pagare il risarcimento, non potrà dare una comunicazione generica, ma dovrà indicare specificamente le proprie ragioni (per esempio perché ritiene la richiesta non compatibile con i danni denunciati, oppure perché la ricostruzione del sinistro non prova la responsabilità della controparte). Se sospetta una frode, deve comunicarlo al danneggiato negli stessi termini per cui è previsto il pagamento. Nei successivi 30 giorni l'assicurazione dovrà informare il danneggiato delle decisioni finali assunte e quindi se ha intenzione di risarcire o meno il sinistro.

## Quando il perito ritarda

Se avete urgenza di far riparare la vostra auto danneggiata e sono già trascorsi i 5 giorni lavorativi che l'assicurazione ha a disposizione per effettuare la perizia, scattate delle fotografie e fatevi rilasciare dalla carrozzeria una fattura o una ricevuta fiscale, che specifichi gli eventuali pezzi sostituiti e le riparazioni fatte.

Può essere anche utile conservare le parti di veicolo danneggiate. L'assicurato ha comunque diritto al risarcimento anche qualora decida di non procedere alla riparazione del mezzo. Se ritenete di affidare la gestione del sinistro al vostro carrozziere (attraverso la cosiddetta cessione del credito) quest'ultimo sarà obbligato a presentare la fattura di riparazione.

Questa documentazione andrà poi sottoposta al perito. Tenete comunque presente che il fatto che l'assicuratore abbia incaricato un perito non significa necessariamente che intende risarcire il danno. Parallelamente all'accertamento dell'ammontare del danno, infatti, la compagnia valuta le responsabilità dei soggetti coinvolti nell'incidente.



## La procedura ordinaria

Nel caso in cui l'incidente non rientri tra quelli risarcibili con indennizzo diretto (per esempio perché coinvolge tre veicoli oppure un pedone, oppure qualora i danni fisici siano rilevanti), bisogna ricorrere alla procedura ordinaria, che prevede il coinvolgimento dell'impresa assicuratrice del responsabile.

Per scoprire quale sia la compagnia di controparte conoscendo la targa del mezzo, si potrà consultare il sito [www.ilportaledellautomobilista.it](http://www.ilportaledellautomobilista.it).

I contenuti della richiesta di risarcimento da inviare alla compagnia del veicolo responsabile dell'incidente sono gli stessi dell'indennizzo diretto (vedi **Modello 21** in Appendice).

Anche per la procedura ordinaria, se nella richiesta di risarcimento manca qualcosa, la compagnia ha 30 giorni di tempo per chiedere la documentazione completa. Dopo aver fatto tutti i controlli, e in ogni caso decorsi i termini di legge, la compagnia deve inviare un'offerta congrua e motivata e provvedere al pagamento entro 15 giorni, sia che il danneggiato accetti sia che rifiuti la proposta. Se non riceve risposta, ha invece 30 giorni di tempo. In questa procedura è previsto il risarcimento delle spese legali di assistenza.

## Il risarcimento del terzo trasportato

In caso di danni alle persone trasportate, spetta alla compagnia del veicolo su cui viaggiavano rimborsare, nei limiti del massimale di legge, le persone ferite nell'incidente, a prescindere dalle responsabilità dei conducenti. L'impresa andrà poi a rivalersi nei confronti dell'assicurazione del responsabile dell'incidente. Quindi non spetta al passeggero individuare le responsabilità del sinistro.

La richiesta di risarcimento danni deve avere gli stessi contenuti di quella prevista per la procedura ordinaria di risarcimento e la gestione del sinistro da parte della compagnia è la stessa (vedi **Modello 22**).

## Se la compagnia non paga

Secondo la legge, una volta scaduti i termini, la compagnia deve fare un'offerta di risarcimento al danneggiato. Se l'assicuratore dovesse offrire una somma inferiore a quella a cui ritenete di aver diritto, ricordate che potete

## La prescrizione

L'azione per il risarcimento dei danni da circolazione si prescrive in 2 anni (art. 2947 del Codice Civile). Tenuto conto degli eventuali tempi di guarigione o degli accertamenti delle responsabilità, i tempi di gestione di un sinistro possono diventare lunghi.

Conviene, quindi, interrompere la prescrizione, inviando una lettera di contestazione alla compagnia tramite raccomandata a.r. o pec.

trattenere la somma in acconto, riservandovi di agire in un secondo momento per il pagamento della differenza. In questo caso è indispensabile non sottoscrivere alcun atto di quietanza, dato che generalmente tale documento contiene clausole di rinuncia a future pretese. Pertanto con la firma della quietanza non sarà più possibile rivendicare successivamente altri pagamenti oltre a quello offerto dalla compagnia.

Dopodiché cercate di ricontattare il liquidatore per ottenere un'ulteriore somma a integrazione di quella che avete ricevuto, descrivendo le ragioni per cui ritenete l'offerta non adeguata. Se non ci riuscite, inviate una contestazione scritta all'ufficio reclami della compagnia, che ha 45 giorni per rispondere.

In alternativa potete chiedere il nostro intervento. Altroconsumo avvierà una procedura di conciliazione con l'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione), valida per le controversie in materia di Rc auto con valore fino a 15.000 euro. Il modulo per attivare la procedura di conciliazione e il regolamento completo sono disponibili sul sito [www.ania.it](http://www.ania.it). Per ottenere il risarcimento di quanto dovuto davanti al Giudice, è necessario che siano trascorsi 60 giorni dalla ricezione della richiesta di risarcimento danni completa, per i danni alle cose, e 90 giorni dalla ricezione del certificato di guarigione, per i danni alle persone. Prima di incaricare un legale chiedete comunque sempre un preventivo dettagliato dei costi; l'avvocato è tenuto a rilasciarlo.

La legislazione stabilisce che l'inosservanza dei termini di legge per l'invio di un'offerta al danneggiato comporta il pagamento degli interessi, il risarcimento di eventuali danni ulteriori e una sanzione amministrativa a carico dell'assicuratore. Se vi trovate in questa situazione, dovrete fare una denuncia all'IVASS (vedi **Modello 23** in Appendice).

Perché venga applicata la sanzione occorre che la procedura descritta qui sopra sia stata seguita nei minimi dettagli e che tutti gli obblighi a vostro carico siano stati rispettati alla perfezione.

In ogni ipotesi, non potete aspettarvi alcun beneficio economico a seguito dell'intervento dell'IVASS, ma al più un'accelerazione dei termini di pagamento.

## Il Fondo di garanzia per le vittime della strada

Fino a qui abbiamo valutato il caso di incidenti stradali in cui i mezzi coinvolti sono assicurati. Cosa succede se, invece, il veicolo è rubato o non è assicurato o nel caso in cui il conducente scappi senza lasciare traccia o, ancora, il mezzo coinvolto sia assicurato con una compagnia in liquidazione coatta amministrativa?

In tutti questi casi a rispondere dei danni è la CONSAP, che gestisce il Fondo di garanzia per le vittime della strada, finanziato con un contributo a carico di tutti gli assicurati.

Non è, però, la CONSAP a provvedere materialmente al rimborso: in ogni regione italiana, l'IVASS ha designato una compagnia assicuratrice che ha l'incarico di gestire le pratiche di risarcimento dei danni. Nella tabella a **pagina 116** sono indicate le compagnie designate per ogni regione.

Il pagamento da parte del Fondo di garanzia non può superare i massimali di legge e segue delle regole particolari, a seconda della situazione.

- **Veicolo identificato ma non assicurato** Vengono risarciti integralmente i danni alle persone e alle cose.
- **Veicolo non identificato** La garanzia copre i danni alle persone. Solamente in caso di danno grave alla persona (cioè con un'invalidità permanente almeno del 10%) si ha diritto anche al risarcimento per i danni alle cose, con una franchigia di 500 euro.
- **Veicolo rubato** Il Fondo risarcisce tutti i danni subiti sia alle cose sia alle persone, con l'esclusione dei danni ai passeggeri consapevoli che il mezzo era stato rubato.
- **Veicolo assicurato con compagnia in liquidazione coatta amministrativa** La garanzia copre tutti i danni sia a cose sia a persone.
- **Veicolo estero spedito senza assicurazione o con targa non corrispondente** Il Fondo offre il risarcimento integrale dei danni a cose e a persone.

### Le compagnie designate dall'IVASS

Regione	Compagnia di assicurazioni
Abruzzo	UnipolSai
Basilicata	Cattolica
Calabria	Sara
Campania	Generali
Emilia-Romagna	UnipolSai
Friuli-Venezia Giulia	Generali
Lazio	Allianz
Liguria	Reale Mutua
Lombardia	Allianz
Marche	Allianz
Molise	UnipolSai
Piemonte	Reale Mutua
Puglia	Allianz
Sardegna	Reale Mutua
Sicilia	UnipolSai
Toscana	UnipolSai
Trentino-Alto Adige	UnipolSai
Umbria	Sara
Valle d'Aosta	Reale Mutua
Veneto	Cattolica
Rep. di S. Marino	UnipolSai

## Incidenti con veicoli stranieri

In caso d'incidenti stradali con auto o moto con targa estera, la procedura di risarcimento è regolata in modo diverso a seconda del luogo in cui è avvenuto il sinistro.

- **Incidente avvenuto in Italia con un veicolo estero** La richiesta di risarcimento va inviata all'Ufficio Centrale Italiano (UCI - corso Sempione, 39 - 20145 Milano - [www.ucimi.it](http://www.ucimi.it)), che si occupa di svolgere funzioni di coordinamento in questi casi. L'UCI non gestisce direttamente le pratiche di risarcimento, ma incarica una società di servizi oppure una compagnia di assicurazioni.

- **Incidente con un veicolo straniero all'estero** Per i paesi europei e per quelli che aderiscono al sistema della Carta Verde, è possibile gestire le pratiche di risarcimento del danno in Italia. Ogni assicurazione, infatti, nomina un proprio rappresentante (mandatario) con l'incarico di liquidare i sinistri in ogni Stato dell'Unione Europea. Inoltre, ciascun paese è tenuto a munirsi di un centro d'informazioni in grado di fornire tutti i riferimenti della polizza del veicolo e la denominazione e l'indirizzo del rappresentante incaricato della liquidazione dei sinistri nel paese del danneggiato. In Italia questa funzione è svolta dalla CONSAP (vedi **capitolo 1**).

In caso d'incidente, occorre individuare da subito il mandatario nominato in Italia per la gestione del sinistro contattando la CONSAP (anche via e-mail all'indirizzo [richieste.centro@consap.it](mailto:richieste.centro@consap.it)) o l'impresa che assicura il responsabile dell'incidente. In un secondo momento, bisogna inviare una richiesta di risarcimento danni, completa di tutti gli elementi in possesso. Se non si riesce a definire la pratica, ci si potrà rivolgere all'organismo di indennizzo (in Italia gestito anche in questo caso dalla CONSAP), che provvederà al risarcimento del danno qualora non sia possibile identificare il veicolo estero responsabile del sinistro o l'impresa assicuratrice entro 2 mesi dal sinistro. L'organismo d'indennizzo può essere chiamato a risarcire il danno causato dal veicolo estero anche in altri casi:

## I sinistri catastrofali

Non sempre è facile individuare il responsabile di un sinistro: pensiamo a un maxi incidente in autostrada per nebbia. Per facilitare il risarcimento dei danni in un incidente che coinvolge un numero elevato di auto è stata stipulata una convenzione per la gestione dei sinistri catastrofali a cui hanno aderito numerose compagnie. Si applica a sinistri che coinvolgono almeno 40 veicoli. Se i veicoli coinvolti sono compresi tra 20 e 39, la convenzione si può applicare solo se la responsabilità non è chiaramente imputabile a uno di essi e solo dopo l'autorizzazione di un'apposita sezione tecnica dell'ANIA.

Ogni danneggiato può rivolgersi alla propria compagnia per il risarcimento del danno fino a 1.500.000 euro per ogni veicolo assicurato, salvo deroghe. La convenzione ha valore di legge solo fra le parti che l'hanno sottoscritta (quasi tutte le compagnie) e non anche verso i terzi; perciò, in caso di controversia giudiziaria occorrerà agire contro il responsabile dell'incidente. In assenza di responsabilità, i pagamenti effettuati sulla base di questo accordo non portano a un peggioramento della classe di merito.

## Convenzione carrozzieri

In caso di sinistro alcune compagnie chiedono ai propri assicurati di rivolgersi a una rete di carrozzerie convenzionate, garantendo il pagamento diretto al riparatore. La compagnia nominerà comunque un perito; non c'è quindi la certezza di evitare contestazioni sull'ammontare dei lavori di riparazione. È perciò sempre opportuno controllare i preventivi di riparazione per evitare sorprese.

- per mancata risposta motivata entro 3 mesi dalla richiesta di risarcimento da parte del rappresentante della compagnia straniera o della compagnia stessa;
- per mancata designazione del rappresentante all'estero da parte di una compagnia. Se, però, il danneggiato ha chiesto un risarcimento direttamente all'impresa del responsabile e l'impresa ha dato una risposta motivata entro 3 mesi, l'organismo di indennizzo non sarà ritenuto responsabile.

In questi casi, è possibile inviare la richiesta di risarcimento all'organismo d'indennizzo diretto, che avviserà l'impresa assicuratrice del veicolo che ha causato il danno. Se il risarcimento non arriva entro 2 mesi, l'organismo di indennizzo diretto può procedere alla liquidazione del danno.

## La liquidazione del risarcimento

Nel calcolo del risarcimento del danno occorre tenere in considerazione tre diversi elementi. Vediamoli da vicino per capire se la cifra offerta da una compagnia può essere considerata equa.

### Danno patrimoniale

Nella nozione di danno patrimoniale rientra ogni perdita economica dimostrabile dovuta al sinistro. Vengono individuate due categorie di danno patrimoniale:

- **il danno emergente**, ovvero le spese (mediche, di trasporto, di carrozzeria, perdita o deterioramento di cose trasportate, rottamazione, quota di polizze pagate e non fruite e non rimborsabili ecc), sostenute dal danneggiato;

- **il lucro cessante**, cioè il mancato guadagno del danneggiato. Quindi, per esempio, un lavoratore autonomo, costretto a non lavorare per lesioni subite in un incidente, potrà richiedere il rimborso di quanto non ha potuto guadagnare (facendo riferimento al reddito netto più elevato tra quelli riportati nelle ultime tre dichiarazioni dei redditi). Oppure un lavoratore dipendente potrà chiedere il rimborso delle quote retributive perse per l'assenza dal lavoro.

La voce più comune di danno è certamente quella relativa al veicolo coinvolto nel sinistro. Il danno è costituito dal costo dei pezzi di ricambio, della manodopera e dei materiali di consumo. Nel determinare l'entità di queste tre voci, il perito incaricato dall'assicurazione utilizzerà il cosiddetto "tempario" delle ore di manodopera, elaborato sulla base di parametri concordati tra l'ANIA (l'associazione delle assicurazioni) e le organizzazioni dei carrozzieri. Questo documento definisce le ore di lavoro necessarie per la sostituzione di ogni pezzo di carrozzeria e precisa altresì il costo orario della manodopera. Per il costo dei pezzi di ricambio, invece, il perito dovrà fare riferimento ai prezzi di prodotti originali. Prima di fare effettuare i lavori, o anche solo un preventivo, dal vostro carrozziere di fiducia, è quindi opportuno chiedere di applicare i parametri ANIA.

Può accadere che il costo delle riparazioni sia superiore al valore del veicolo. Pensiamo, per esempio, a un'auto con oltre 10 anni di vita che subisce un incidente con gravi danni alla carrozzeria e alla meccanica. In casi come questo, le assicurazioni non risarciscono mai il costo degli interventi necessari per la riparazione, ma solo la quotazione commerciale del veicolo, in base al principio secondo cui non può essere erogato un risarcimento superiore al valore del bene.

In caso di riparazione antieconomica è comunque diritto del danneggiato ottenere il rimborso delle spese di rottamazione, di quelle di immatricolazione di un nuovo veicolo e della quota del bollo auto pagata e non goduta. Se vengono risarcite le spese di assistenza legale, l'ammontare dello stesso deve essere indicato espressamente e per iscritto al danneggiato. Tali spese possono essere conglobate nella somma complessiva oppure pagate separatamente al professionista.

## **Danno biologico**

Con questo termine si intende ogni lesione psicofisica della persona, che possa essere accertata da un medico legale, anche se non incide sulla capacità di lavorare del danneggiato.

Il danno biologico può comportare un'invalidità permanente oppure solo temporanea. In questo ultimo caso si è soliti parlare, nel linguaggio assicurativo, d'inabilità.

Si tratta di due voci di danno distinte che si cumulano. Pertanto nel calcolo occorrerà determinare l'ammontare di entrambe. La medicina legale ha elaborato precisi criteri per attribuire a ogni lesione fisica non guaribile un grado d'invalidità.

L'invalidità permanente viene calcolata in punti percentuali su una scala che va da 1 a 100.

Per il calcolo del danno biologico delle lesioni permanenti comprese tra l'1% e il 9% (cosiddette "micropermanenti"), la legge ha fissato dei criteri uniformi, uguali per tutto il territorio nazionale. In questo caso il danno viene liquidato se provato da esami clinici oggettivi oppure da cicatrici. Senza tali prove mediche il danno non può essere pagato. Il ministero della Salute ha anche adottato dei criteri di massima per determinare il valore percentuale di alcune lesioni ricorrenti.

Per il futuro è prevista l'adozione di un'ulteriore tabella unica nazionale per i danni compresi tra il 10% al 100%. Al momento per le menomazioni di questa entità i principali Tribunali hanno elaborato proprie tabelle di riferimento.

I criteri di calcolo del risarcimento non sono tra i più semplici. Per i danni fino al 9% la legge prevede che a ogni punto di invalidità corrisponda una diversa somma da versare a titolo di risarcimento secondo la tabella che riportiamo di seguito.

Queste somme vengono corrisposte solo nel caso in cui il danneggiato sia un bambino di età compresa tra 1 e 10 anni. Per ogni anno di età in più, a partire dall'undicesimo, si applica un coefficiente di riduzione dello 0,5%. Con un esempio, un danno biologico del 2% per una persona di 20 anni verrà pagato 1.679,92 euro, per una persona di 40 anni l'importo scenderà

#### Valori dei risarcimenti per il 2018 età 1-10 anni

Punti d'invalidità	Entità del risarcimento
1%	803,79 euro
2%	1.768,34 euro
3%	2.893,64 euro
4%	4.179,71 euro
5%	6.028,43 euro
6%	8.198,66 euro
7%	10.690,41 euro
8%	13.503,67 euro
9%	16.638,45 euro



a 1.503,09 euro, mentre per un anziano di 80 anni sarà di 1.149,42 euro. Le tabelle vengono periodicamente aggiornate in relazione alla variazione degli indici ISTAT.

Nel caso in cui il danno abbia inciso sulla capacità lavorativa limitandola, si potranno rivendicare delle somme ulteriori (si pensi alla commessa che abbia maggiori difficoltà a stare in piedi per lungo tempo a causa delle lesioni subite in un sinistro).

Mentre l'invalidità permanente viene calcolata in punti percentuali, l'inabilità temporanea viene calcolata in giorni e può essere totale o parziale, a seconda della capacità di svolgere le proprie occupazioni. Per esempio, se l'infortunato è costretto a letto da un'ingessatura che non gli consente neppure di alzarsi, avrà diritto a un'indennità per inabilità temporanea totale per tutti i giorni in cui non può muoversi. Se, dopo un po', inizia a riprendere parzialmente le proprie capacità fisiche e motorie, per questo periodo può richiedere un risarcimento per inabilità temporanea parziale. Per ottenere il risarcimento di tale voce di danno occorrerà che la lesione sia accertabile sul piano medico senza che tuttavia sia indispensabile avere esami clinici, come invece è sempre necessario per il danno biologico permanente.

Al momento in cui scriviamo, è previsto che per ogni giorno di inabilità totale sia corrisposta un'indennità di 46,88 euro. Questo valore viene però aggiornato di anno in anno. Nel caso l'inabilità temporanea sia inferiore al 100%, la liquidazione è proporzionata alla percentuale d'inabilità riconosciuta per ciascun giorno. Così, per esempio, nel caso sia riconosciuta un'inabilità temporanea del 50%, per ogni giorno sarà corrisposta un'indennità pari alla metà di 46,88 euro, ovvero 23,44 euro.

## **Danno non patrimoniale**

Per danno non patrimoniale s'intendono la sofferenza psichica o le limitazioni alle proprie attività private subite a causa dell'incidente. Per definire tale danno talvolta si parla di danno morale oppure di personalizzazione del danno.

Il presupposto giuridico necessario perché possa essere risarcito è l'esistenza di una lesione alla persona. Se l'incidente ha causato solo danni alle cose, non si ha alcun diritto al risarcimento del danno morale, anche se il bene danneggiato nell'incidente aveva un particolare valore affettivo.

L'esistenza di un danno non patrimoniale va sempre provata, soprattutto se il danno fisico è di lieve entità. In altre parole il danneggiato deve essere in grado di dimostrare che l'incidente stradale ha compromesso la sua vita di relazione (come nel caso di un appassionato di tennis che a causa di un incidente alla mano non può più giocare con gli amici).

Il danno non patrimoniale viene liquidato, per i danni fino al 9% di invalidità, nella misura massima del 20 % del danno biologico permanente. Quando verrà elaborata la tabella unica nazionale per i danni dal 10% al 100%, l'importo di tale voce sarà al massimo del 30%. Nel frattempo, per evitare accertamenti troppo complessi e personalizzati alcuni Tribunali, come quello di Milano, hanno elaborato tabelle in cui uniscono il danno biologico e quello non patrimoniale in un'unica voce di risarcimento.

# 8

## Le altre assicurazioni per i veicoli

Molto spesso all'assicurazione della responsabilità civile da circolazione sono abbinate altre garanzie che riguardano l'auto: le assicurazioni contro il furto, contro l'incendio, contro i danni accidentali (denominata kasko), contro gli atti vandalici oppure contro gli eventi atmosferici e così via.

Il fatto che queste garanzie accessorie siano generalmente vendute insieme a quella obbligatoria e riportate nella stessa polizza è spesso fonte di equivoci, perché si è portati a pensare che per esse valgano le stesse regole della Rc auto, ma in realtà non è così.

L'assicurazione può per esempio rifiutare di concedere la copertura; ciò accade spesso per i veicoli immatricolati da molti anni.

Trattandosi di polizze facoltative non è possibile individuare una forma di garanzia uguale in tutti i casi, dato che non esistono norme di legge dettagliate. Vale quindi ancora una volta il suggerimento di leggere con attenzione il contratto stipulato.

In comune con le polizze per la responsabilità civile da circolazione, queste garanzie accessorie hanno durata annuale e non prevedono tacito rinnovo, a condizione che siano state inserite nella polizza unitamente alla Rc auto oppure in un altro separato contratto stipulato contestualmente.

Qualora si tratti di polizze che sono state acquistate in momenti diversi, invece, varranno le regole riportate sul contratto, con il rischio che vi siano vincoli di molti anni e un obbligo di disdetta con preavviso, come abbiamo illustrato nel [capitolo 1](#).

## Furto e rapina

Questa garanzia prevede l'indennizzo dei danni subiti dal veicolo assicurato a seguito di furto, anche solo tentato, e di rapina. È quindi coperto sia un danno provocato da un ladro che abbia tentato di rubare l'auto senza riuscirci sia il furto dell'auto stessa, e avrete diritto a essere indennizzati del valore totale dell'auto anche se vi viene portata via una sera, mentre state aprendo il box per parcheggiarla, da un rapinatore che vi minaccia con una pistola.

Di solito è compreso in garanzia sia il danno totale sia quello parziale: sia il furto totale dell'auto, quindi, sia quello delle sole gomme.

In sede di stipula è bene verificare che il valore del veicolo indicato sulla polizza corrisponda a quello reale: va tenuto infatti presente che la compagnia è obbligata a liquidare solo il valore effettivo del bene anche nel caso in cui sia stato assicurato per un prezzo superiore a quello di mercato. In altre parole, se al momento della stipula viene indicato un valore del mezzo superiore a quello reale, si corre il rischio di aver pagato un premio maggiorato per nulla. Se si indica invece un valore inferiore al reale (cosiddetta sottoassicurazione) il valore dell'indennizzo sarà ridotto proporzionalmente in base al minor valore dichiarato. Alcune compagnie prevedono che il valore del bene venga calcolato sulla base di pubblicazioni non sempre facilmente reperibili (in quanto utilizzate in genere dai rivenditori di auto) che attribuiscono alle auto valori inferiori a quelli di mercato; altre compagnie fanno invece riferimento a un generico "valore commerciale" che può prestarsi a divergenze di valutazione in caso di furto.

In questo genere di polizze, poi, sono sempre presenti clausole che prevedono franchigie e scoperti e che di conseguenza limitano il risarcimento. Tenetene conto in sede di stipula: a volte, in particolare per i veicoli di scarso valore, l'ammontare di queste limitazioni, il costo del premio e la probabilità di subire un furto possono rendere non conveniente stipulare una polizza furto.

Sono sempre esclusi i danni agevolati da dolo o colpa grave. Se, per esempio, lasciate la macchina parcheggiata senza chiuderla a chiave e vi viene rubata, il danno non viene indennizzato. Inoltre, prima della liquidazione del risarcimento, le compagnie richiedono il rilascio di una procura a vendere notarile nel caso in cui la vostra auto fosse ritrovata e l'annotazione del furto al Pubblico Registro Automobilistico. La compagnia non potrà invece chiedere il certificato che comprova la chiusura delle indagini penali sul furto.

In genere sono compresi anche i danni da tentato furto, anche se vengono applicate clausole di degrado con riduzione del risarcimento in funzione dell'età del veicolo secondo percentuali indicate nella polizza (torneremo sull'argomento nelle prossime pagine).

Alcune polizze furto e rapina coprono anche il danno conseguente alla perdita del bollo auto, purché il danneggiato assicuri un nuovo veicolo con la

## Infortunati del conducente

Si tratta di una copertura che garantisce un risarcimento al conducente del veicolo indipendentemente dall'accertamento delle responsabilità in un incidente. È a tutti gli effetti una garanzia per infortuni (vedi [capitolo 4](#)).

In genere sono presenti franchigie piuttosto elevate (tra il 5 e il 10%); per cui le piccole invalidità conseguenti a incidenti stradali non trovano un risarcimento. In alcuni casi sono previste diarie di ricovero o rimborso di spese mediche.

stessa compagnia. Altre coprono le spese di custodia o di parcheggio conseguenti al ritrovamento del veicolo rubato oppure le spese di lavaggio o anche quelle conseguenti alla sottrazione o allo smarrimento delle chiavi, altre ancora i danni causati nel tentativo di sottrarre cose contenute nel veicolo. Un ulteriore elemento che può variare di polizza in polizza è la copertura dei danni subiti dal veicolo durante la circolazione successiva al furto, che non sempre è prevista e che comunque vi suggeriamo di richiedere. Accade molto frequentemente, infatti, che il ladro in fuga provochi dei danni anche gravi alla carrozzeria e poi abbandoni l'auto: in questo caso, se la garanzia non è estesa anche alle conseguenze della circolazione, la parte più consistente del danno non sarà rimborsata.

Di solito, tutti gli optional e gli accessori dell'auto assicurata sono compresi nella garanzia; se, però, non sono montati di serie, è necessario elencarli al momento della stipula del contratto, per essere sicuri che vengano compresi.

## Incendio

La garanzia contro l'incendio prevede il pagamento di un indennizzo in caso di danni materiali e diretti subiti dal veicolo a causa di un incendio con sviluppo di fiamma, di un'esplosione del carburante contenuto nel serbatoio, di un fulmine. Non sono comprese in garanzia le semplici bruciature verificatesi in assenza di incendio e i danni agli impianti elettrici dovuti a fenomeni elettrici di ogni tipo.

Alla garanzia contro l'incendio viene generalmente abbinato il cosiddetto "ricorso terzi", che prevede la copertura dei danni provocati a terzi a seguito di un incendio indennizzabile. Se l'auto dell'assicurato prende fuoco e le

fiamme sprigionate dall'incendio si propagano, per esempio, ad altre auto parcheggiate nei paraggi, l'assicuratore, oltre a rimborsare i danni dell'auto assicurata, risarcirà anche quelli provocati alle altre auto dall'incendio. In alcune polizze questo rischio è espressamente compreso nell'Rc auto. Infatti alcune sentenze hanno precisato che il danno causato a terzi in caso di incendio deve essere considerato un danno da circolazione e quindi rientra nella copertura obbligatoria, senza la necessità di avere coperture specifiche aggiuntive con i relative costi.

## Kasko

La garanzia contro i danni accidentali (la cosiddetta “kasko”) ha generalmente due forme. Nella forma più ampia sono compresi praticamente tutti i danni che un veicolo può riportare durante la circolazione. L'assicurato viene rimborsato dei danni riportati dall'auto in un incidente stradale in cui abbia torto, dopo un urto contro un muro o contro un albero, dopo un errore di manovra (può essere il caso di un'auto che si ribalta dopo una curva affrontata troppo velocemente) o in caso di urto di un veicolo sconosciuto mentre l'auto è parcheggiata.

Nella forma più ristretta (detta talvolta “minikasko”), invece, sono rimborsati solo i danni riportati a seguito di incidente stradale con altri veicoli identificati: restano fuori, perciò, tutti gli incidenti che non coinvolgono altri mezzi, inclusi i danni causati da un mezzo non identificabile.

In generale, si tratta di una garanzia piuttosto costosa, che le compagnie non concedono a tutti, ma che solitamente limitano alle auto assicurate entro un certo periodo di tempo (per esempio il quinto anno), dalla data di prima

### **Tutela giudiziaria**

La garanzia di tutela giudiziaria assicura il rimborso delle spese legali necessarie per la tutela degli interessi dell'assicurato per fatti connessi esclusivamente alla circolazione del veicolo.

I massimali di spesa sono però di solito molto bassi ed eventuali multe e sanzioni non sono oggetto di copertura. In genere sono anche esclusi gli incidenti gestiti in regime di indennizzo diretto. In ogni caso, valgono le stesse regole delle polizze di tutela giudiziaria (vedi [capitolo 5](#)).

immatricolazione. Occorre prestare anche molta attenzione all'ammontare delle franchigie che spesso è più elevato di quelle applicate alle polizze furto e incendio, e alle clausole che riguardano il degrado d'uso, che prevedono una riduzione dell'indennizzo in relazione all'età del veicolo.

## Assistenza

In caso di guasto, incidente, incendio o furto di parti del veicolo che ne rendano impossibile l'utilizzo, con questo tipo di copertura si può richiedere un carro attrezzi che traini l'auto. Sono però esclusi i percorsi fuoristrada.

In genere, l'auto viene trasportata al centro di assistenza della casa automobilistica costruttrice o all'autofficina più vicini. La copertura non si estende ai costi di riparazione, anche se possono essere talvolta ricompresi nel contratto assicurativo piccoli interventi per permettere al veicolo di riprendere autonomamente la marcia.

Di solito è previsto un numero massimo di interventi per anno assicurativo (2 o 3) con un tetto di spesa che in genere si aggira sui 150-200 euro per ogni sinistro.

Oltre al soccorso stradale, alcune coperture forniscono un'auto sostitutiva nel caso in cui le riparazioni durino un numero minimo di ore di manodopera (in genere, almeno 8).

Alcune polizze di assistenza prevedono, in caso di incidente stradale e di traino del veicolo danneggiato, l'invio di un taxi per poter tornare a casa propria. In queste circostanze il massimale di spesa è piuttosto limitato, per esempio 50-100 euro, e l'evento che ha richiesto l'assistenza deve in genere avvenire fuori dal comune di residenza dell'assicurato.

## Atti vandalici

La garanzia contro gli atti vandalici prevede la copertura dei danni provocati al veicolo in conseguenza di tumulti, scioperi, sommosse, sabotaggi o atti di vandalismo non riconducibili alla circolazione stradale.

Questo tipo di garanzia può risultare utile a chi parcheggia l'auto in strada e si trova quindi più esposto al rischio di trovare il veicolo danneggiato da sconosciuti.

Se, però, il danno è stato causato da un altro veicolo poi fuggito, viene ricondotto a eventi di circolazione stradale, che sono esclusi dalla copertura.

## Eventi atmosferici

La garanzia contro gli eventi atmosferici copre il rischio connesso a uragani, trombe d'aria, grandine, smottamenti, valanghe e frane.

Nel caso si renda necessario far valere questa copertura, è sempre opportuno effettuare delle fotografie dell'accaduto, in modo da potere dimostrare lo stato dei luoghi una volta passato l'evento atmosferico. Può essere utile conservare eventuali articoli di giornale che hanno descritto la particolare situazione meteorologica che si è verificata.

## Cristalli

La garanzia cristalli copre la rottura del parabrezza, del lunotto e dei vetri laterali per causa accidentale o di terzi. In genere sono escluse le rigature, le screpolature, le scheggiature e le segnature. Per ottenere il risarcimento occorre quindi una vera spaccatura. La copertura riguarda anche le spese di manodopera.

## Cosa fare in caso di sinistro

La prima cosa da fare, per tutte le tipologie di assicurazioni che abbiamo descritto, è, come sempre, la richiesta di risarcimento che, se non si vogliono correre rischi, va inviata per iscritto tramite raccomandata con avviso di ricevimento o via pec, immediatamente o almeno entro 3 giorni (termine comunque non tassativo) da quando il fatto è accaduto o da quando l'assicurato lo ha scoperto (vedi **Modello 24**). Nella denuncia vanno indicati la data e il luogo del sinistro, una descrizione dei fatti e, se possibile, delle cause che li hanno determinati, gli interventi di pubbliche autorità, se ci sono stati, e l'eventuale presenza di testimoni.

In caso di furto o rapina, dovrà essere immediatamente presentata denuncia all'autorità e una copia della stessa andrà inviata all'assicuratore. Conviene presentare una denuncia contro ignoti anche in caso di danneggiamenti dopo un atto vandalico. È bene fare molta attenzione al contenuto della denuncia, dato che le dichiarazioni rese all'autorità sullo svolgimento dei fatti e sulle loro conseguenze sono gli elementi in base ai quali l'assicuratore valuterà se il sinistro sia indennizzabile o meno.

In caso di danno parziale o di ritrovamento del veicolo a seguito di furto totale, occorrerà essere il più precisi e dettagliati possibile nella descrizione dei



danni e, in ogni caso, formulare una riserva sull'esistenza di eventuali danni ulteriori non visibili e perciò non descritti in denuncia.

Se la compagnia chiede all'assicurato una procura a vendere il veicolo rubato in caso di ritrovamento, le spese notarili per la procura graveranno sull'assicurato, che dovrà in genere farsene carico prima dell'eventuale rinvenimento del mezzo rubato. Di solito le compagnie richiedono:

- le due chiavi del veicolo;
- la copia autentica della denuncia di furto;
- la copia della scheda di perdita di possesso trascritta al PRA (Pubblico Registro Automobilistico);
- la copia dell'estratto cronologico del veicolo rilasciato dal PRA;
- la copia dei documenti dell'auto, se ancora in possesso.

Se, a seguito di furto totale, l'assicurato viene informato del ritrovamento del veicolo o di parti di esso, ha l'obbligo di informare l'assicuratore. In questo caso, se la compagnia non ha ancora pagato l'indennizzo, sarà tenuta a rispondere solo dei danni subiti a causa del furto. Se, invece, il recupero avviene quando l'indennizzo è stato già pagato, l'assicuratore ha diritto a diventare proprietario del veicolo e l'assicurato è tenuto a collaborare per il disbrigo delle pratiche necessarie; potrà, però, rientrare in possesso dell'auto restituendo il risarcimento all'assicuratore.

## Il degrado dell'auto

Secondo la legge (art. 1908 del Codice Civile) nell'accertare il danno non si può attribuire alle cose un valore superiore a quello che avevano al momento del sinistro. Questa norma è una delle principali fonti di contestazione fra assicuratore e assicurato. Il punto di partenza è, come sempre, il capitale assicurato che, come abbiamo già detto, costituisce la massima esposizione dell'assicuratore.

Quando un perito accerta un danno, tiene conto della data di immatricolazione del veicolo e detrae una certa percentuale dal costo dei pezzi di ricambio sostituiti: è il cosiddetto deprezzamento o degrado d'uso. L'assicuratore non è infatti tenuto a corrispondere un indennizzo pari al costo delle riparazioni, ma a ripagare il valore di ciò che è stato danneggiato. Non deve darvi i soldi per ricomprare le gomme nuove, quindi, ma ripagare il valore di quelle rubate che, ovviamente, essendo state usate hanno un valore inferiore a quelle nuove. Il criterio diventa chiarissimo se si pensa a un danno che abbia comportato la perdita totale o la distruzione del veicolo: qui nessuno si meraviglia se

l'indennizzo non corrisponde al costo di un veicolo nuovo, ma al valore che quello vecchio aveva prima di essere rubato o distrutto.

Attenti però agli abusi; a nostro parere è corretto parlare di deprezzamento, solo in relazione ai pezzi di ricambio che si possono usurare (per esempio, non per un vetro). Il costo della manodopera, è invece sempre dovuto per intero. In ogni caso è opportuno verificare sul contratto quali sono le modalità di calcolo del degrado, dato che non esistono tabelle o regole di legge e quindi dovranno applicarsi esclusivamente le regole indicate nelle clausole contrattuali. In genere le compagnie applicano una percentuale prefissata di deprezzamento per ogni anno di vita del veicolo, oppure calcolano la percentuale di diminuzione di valore dell'intero veicolo confrontando il prezzo del veicolo nuovo con quello del veicolo usato.

Come abbiamo già scritto, per individuare il valore del veicolo in caso di furto totale occorre controllare sul contratto se sono state indicate le fonti in base alle quali effettuare il calcolo. Alcune assicurazioni fanno riferimento a riviste specializzate facilmente reperibili in edicola. In genere simili valutazioni risultano più favorevoli all'assicurato rispetto alle quotazioni riportate su pubblicazioni riservate agli operatori commerciali del settore (concessionari, assicuratori, riparatori ecc.) a cui altre compagnie fanno riferimento.

Se il veicolo è nuovo (di solito per i primi 6 mesi), in genere l'indennizzo è totale, fatta salva l'applicazione della franchigia e dello scoperto di cui abbiamo scritto nel **capitolo 3**.

# PARTE TERZA

L'assicurazione  
sulla vita

*Pagina bianca*

# 9

## Principi generali

Con il contratto di assicurazione sulla vita la compagnia si obbliga a pagare un capitale, oppure una rendita, al momento del verificarsi di un evento che riguarda la vita umana. I prodotti assicurativi rientranti in questa categoria possono essere molto diversi tra loro. In alcuni casi, servono solo a garantire un capitale in caso di morte dell'assicurato, mentre in altri costituiscono una forma di investimento finanziario o pensionistico. Le più comuni si dividono in tre grandi categorie:

- caso morte, prevedono il pagamento in caso di morte dell'assicurato;
- caso vita, prevedono il pagamento se l'assicurato è in vita alla scadenza del contratto;
- miste, prevedono il pagamento alla scadenza del contratto se l'assicurato è in vita e il pagamento prima della scadenza se nel frattempo muore.

## La documentazione informativa

Prima della firma di qualsiasi documento, le compagnie sono obbligate a consegnare al potenziale cliente un fascicolo chiamato ora documento informativo (la vecchia nota informativa). Tale documento deve essere chiaro e leggibile, deve contenere la sintesi del contratto con le sue regole

di funzionamento e deve essere accompagnato da un secondo documento informativo aggiuntivo di approfondimento. Questi incartamenti vanno consegnati al consumatore insieme alle condizioni di assicurazione comprensive del glossario nel quale sono spiegati i termini tecnici utilizzati.

Tutta questa documentazione deve essere numerata e redatta in modo chiaro e sintetico con caratteri grafici che agevolino la lettura. L'impresa ha quindi il compito di fornire all'utente ogni informazione in merito al contratto e dovrà anche essere verificata l'adeguatezza della polizza in relazione alle richieste dell'assicurato (vedi **capitolo 1**).

Nel caso si utilizzi una proposta soggetta all'accettazione dell'assicurazione, prima dell'emissione della polizza andrà fornito l'avvertimento che vanno riportate dichiarazioni veritiere con specifico riferimento allo stato di salute, ove venga coperto il rischio morte.

A partire dal 2019 l'illustrazione del prodotto deve avvenire anche attraverso la risposta ad alcune domande standard del tipo "Cosa è assicurato/quali sono le prestazioni?", "Come posso risolvere il contratto?", "Sono previsti riscatti o riduzioni?" e così via. È previsto anche l'uso di colori e icone grafiche.

Devono anche essere fornite alcune informazioni integrative obbligatorie (per esempio sull'obbligo di inviare l'estratto conto annuale e sul regime fiscale). Anche in questo caso per una forma di comunicazione più chiara è previsto l'uso di domande e risposte (tra cui "Quali costi devo sostenere?").

Nel caso il prodotto assicurativo abbia finalità di investimento finanziario, il documento dovrà indicare la tipologia di contratto e dare informazioni aggiuntive quali per esempio la risposta alla domanda "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?", precisando se vi è garanzia sulla conservazione del capitale, se vi è un tasso minimo garantito, come vengono rivalutate le prestazioni ecc.

Per le polizze di investimento è bene verificare la presenza di un progetto esemplificativo personalizzato relativo alla polizza, ovvero di un'ipotesi di rendimento, utile a prevedere in linea di massima le prestazioni che si otterranno. Ciò valutando che sia indicato un tasso di rendimento reale rispetto alle attuali condizioni di mercato. Verificate pure che sia indicato il valore di riscatto o riduzione se si estingue anticipatamente la polizza o si sospendono i versamenti. Tali valori sono solo orientativi e non sono quindi vincolanti, dato che possono essere diversi dalle prestazioni effettivamente maturate. Se, quindi, avete stipulato una polizza vita molti anni fa, quando i tassi d'interesse erano più elevati, sappiate che, probabilmente, alla scadenza il capitale o la rendita che vi verranno erogati saranno inferiori a quelli indicati nelle ipotesi di rendimento che vi furono consegnate al momento della sottoscrizione del contratto.

Prima di aderire a un'assicurazione sulla vita tenete per qualche giorno i documenti precontrattuali e verificatene con calma i contenuti. Se qualcosa non vi è chiaro, chiedete spiegazioni; i prodotti assicurativi del ramo vita risultano infatti spesso molto complessi.

Informatevi subito, sui costi di gestione (detti anche caricamenti) che la compagnia trattiene sul capitale da voi versato e, se vi sono polizze accessorie (morte e infortuni), a quanto ammontano i relativi premi. Queste somme vengono detratte dal vostro capitale investito, nel caso si tratti di polizze con funzioni di risparmio, e possono incidere in modo significativo sulla redditività della polizza. Infine, verificate il regime fiscale della polizza. I benefici oggi riguardano di fatto solo polizze con finalità pensionistiche (i piani pensionistici individuali di cui ci occuperemo in seguito) e le polizze caso morte.

## La stipula

Una volta valutata l'opportunità di stipulare la polizza, fate attenzione alla descrizione del rischio. Al momento della firma della proposta, l'assicuratore può sottoporre all'assicurato un questionario contenente domande sulla sua professione e, se è prevista l'assicurazione per il caso morte, sulle sue condizioni di salute. In caso di professioni considerate rischiose, si possono applicare sovrappremi o esclusioni, se l'attività può per se stessa causare la morte.

Le condizioni di salute vengono accertate mediante il questionario, ma se il capitale assicurato supera una certa entità, è richiesta una visita medica, i cui costi sono di solito a carico dell'assicurato.

Ricordiamo che le dichiarazioni dell'assicurato devono essere esatte e complete. Il contrario comporterebbe la perdita o la riduzione degli indennizzi in caso di morte (vedi **capitolo 1**). È quindi indispensabile prestare la massima attenzione nella compilazione del questionario.

## **La revoca della proposta**

Se avete sottoscritto un documento attinente una polizza vita, potete ancora ripensarci e revocare la proposta. Questa, anche se è compilata su moduli rilasciati dalla compagnia, proviene sempre formalmente dall'assicurato e ha forma scritta. Può accadere che l'assicuratore inoltri la proposta di assicurazione sottoscritta dal consumatore e che successivamente con un atto distinto (di solito una lettera) la compagnia accetti tale proposta. In altri casi, invece, proposta e accettazione sono contestuali e la compagnia emette immediatamente la polizza.

Fino a quando viene a conoscenza dell'accettazione da parte dell'assicuratore, l'assicurato può revocare la proposta e, se ha già pagato il premio, può ottenerne la restituzione (vedi **Modello 25**) entro 30 giorni (art. 176 del Codice delle Assicurazioni). Il contratto deve avere però una durata superiore ai 6 mesi.

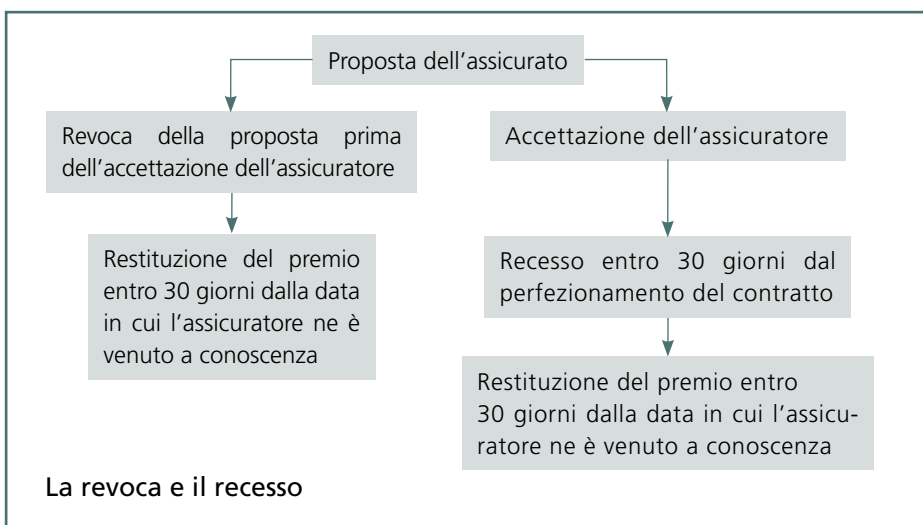
## Il recesso

Una volta che la compagnia ha accettato la proposta e il contratto è stato concluso, l'assicurato ha ancora 30 giorni (art. 177 del Codice delle Assicurazioni), per cambiare idea e recedere dal contratto (vedi **Modello 26**). L'assicuratore ha 30 giorni di tempo per rimborsare il premio ricevuto. Potrà però trattenere la quota relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché le spese sostenute, individuate e quantificate nella proposta e nel contratto. L'impresa deve informare per iscritto il contraente sull'esistenza del diritto di recesso. Per poterne usufruire, la polizza deve avere una durata di almeno 6 mesi.

## Contraente, assicurato e beneficiario

Nelle assicurazioni vita assume particolare importanza la distinzione tra la figura del contraente, quella dell'assicurato e quella del beneficiario (ne abbiamo parlato nel **capitolo 1**). Il contraente è chi stipula il contratto con l'assicurazione; l'assicurato è la persona la cui vita è oggetto del contratto; il beneficiario è colui a cui spettano le somme assicurate (per esempio in caso di morte).

Per le polizze di nuova emissione è previsto che al contraente vengano richiesti i dati completi del beneficiario. Andranno indicati indirizzo, codice fiscale e mail, fermo tuttavia il diritto del contraente di non fornire tali dati. Lo scopo della norma è evitare il rischio che l'assicurazione non riesca a individuare i beneficiari delle polizze in caso di morte. Ove vi siano esigenze di riservatezza si potrà comunque chiedere di indicare un soggetto diverso dal beneficiario





## ESEMPIO PRATICO

Mario Rossi stipula una polizza sulla propria vita, che prevede, in caso di morte, il pagamento di un capitale a favore del figlio Giovanni e di un capitale per se stesso, nel caso in cui alla scadenza sia ancora vivo. In questo caso, Mario Rossi è allo stesso tempo contraente, assicurato e beneficiario della polizza. Se durante il contratto dovesse morire, il beneficiario diventerebbe il figlio Giovanni.

Se Mario Rossi stipula una polizza sulla vita della moglie Anna, che prevede il pagamento di un capitale a favore del figlio Giovanni, sia in caso di morte della moglie sia nel caso in cui sia ancora in vita alla scadenza, Mario Rossi sarà il contraente, la moglie Anna l'assicurata e il figlio Giovanni il beneficiario.

a cui fare riferimento in caso di decesso. Si potrà anche decidere se inviare o meno al beneficiario informazioni relative all'andamento del contratto prima dell'evento tutelato dalla polizza (in genere la morte).

Si possono indicare come beneficiari gli eredi legittimi o comunque segnalati nel testamento; l'assegnazione del capitale assicurato non segue le stesse regole previste per le successioni. Gli eredi potrebbero rinunciare all'eredità senza per questo perdere il diritto al capitale assicurato; inoltre la divisione fra gli eredi avverrà in parti uguali, a prescindere dal loro eventuale grado di parentela con l'assicurato. Se fra i beneficiari ci sono dei minorenni, per poter incassare il capitale è necessario ottenere la specifica autorizzazione del giudice tutelare, che stabilirà anche come il denaro dovrà essere investito.

L'assicurazione può, quindi, essere stipulata sulla vita propria o su quella di una terza persona. Nel secondo caso è necessario il consenso scritto e irrevocabile dell'assicurato, che dovrà rilasciare all'assicuratore tutte le dichiarazioni necessarie per la valutazione del rischio ed eventualmente sottoporsi a visita medica.

## Il premio

Come abbiamo già visto, il premio è la somma da pagare per ottenere determinate prestazioni o garanzie da parte dell'assicuratore. L'ammontare del premio può dipendere da una serie di fattori variabili tra cui la professione e l'età per le polizze vita legate al rischio morte. L'assicurazione non è tuttavia tenuta a indicare quali siano i criteri di calcolo adottati. In linea generale, vi suggeriamo comunque di fare attenzione alle polizze indicizzate e rivalutabili. Infatti, se da una parte il meccanismo dell'indicizzazione adegua le prestazioni dell'assicuratore al valore del denaro, dall'altra rende

molto difficile prevedere a quanto arriverà il premio da pagare nel corso del contratto. Il rischio, che correte è di trovarvi un giorno a versare somme che vanno al di là delle vostre possibilità. Nel caso riteniate comunque di stipulare un contratto con un premio indicizzato, chiedete che venga inserita una clausola chiamata “clausola di stabilizzazione del premio”, che vi permette di fermarne l’aumento.

Nelle polizze vita, infatti, sono previsti due tipi di premio:

- **premio unico**, pagato dal contraente una volta sola all’inizio del contratto. Varia a seconda delle garanzie prestate e della durata della polizza, ma, in generale, coprendo un lungo periodo di tempo, ammonta a cifre consistenti;
- **premio ricorrente**, pagato a scadenze periodiche per tutta la durata del contratto, di solito anticipatamente una volta all’anno, tant’è che lo si chiama anche premio annuo. Può essere frazionato in più rate mensili, trimestrali, semestrali e così via. Vanno valutati gli eventuali costi amministrativi.

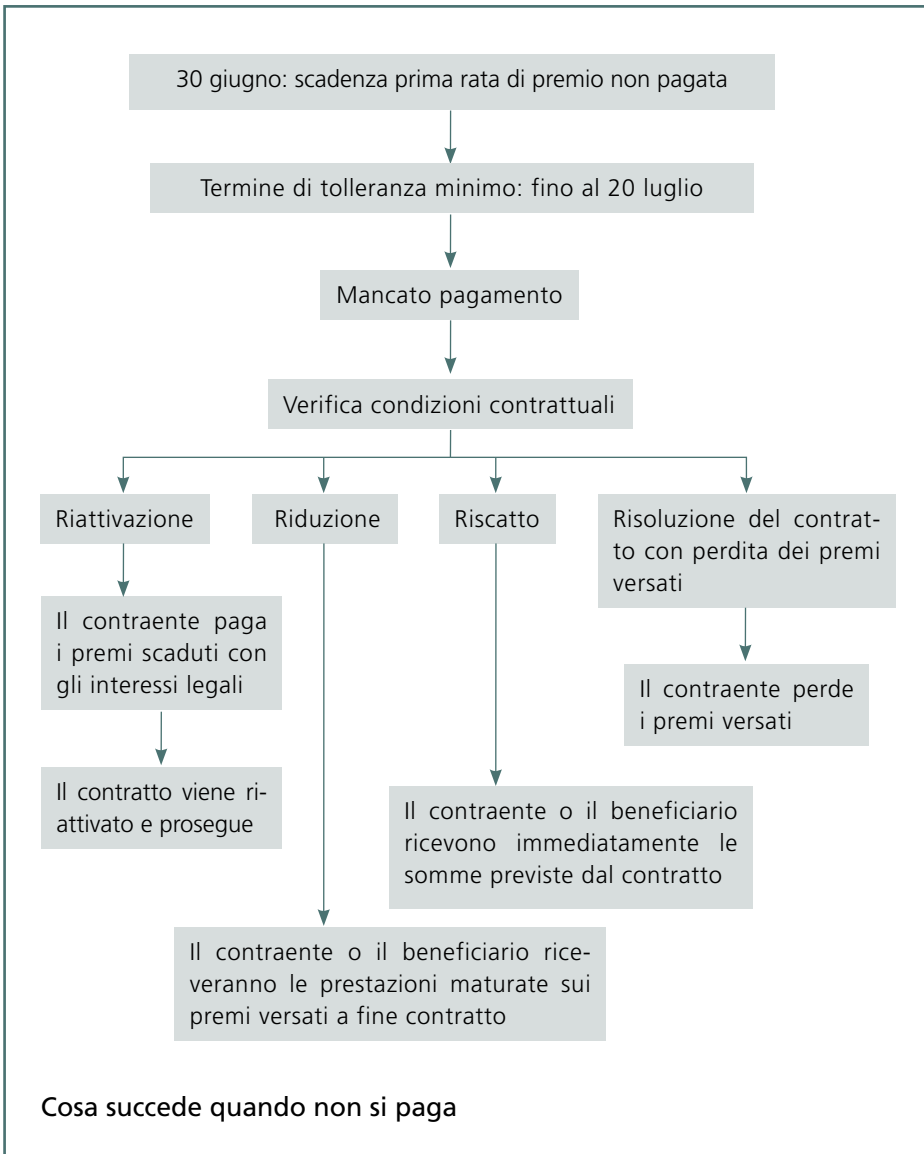
Esiste, inoltre, il cosiddetto “premio unico ricorrente”, che dà una certa flessibilità nel versamento: dopo aver versato il premio iniziale, si può infatti decidere quando pagare quelli successivi e di variarne l’ammontare senza essere penalizzati, come invece accadrebbe se si smettesse di pagare (vedi paragrafo “La riduzione” a **pagina 140**). Infatti, i vari versamenti non vengono considerati come rate del premio, ma come una serie di premi unici che si susseguono nel tempo.

## Se il premio non viene pagato

Innanzitutto, il premio del primo anno deve sempre essere pagato per intero e l’assicuratore ha diritto di agire entro 6 mesi dalla scadenza del premio per ottenerne il pagamento, fatto salvo il diritto di recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.

Per i premi successivi al primo, invece, l’assicuratore non ha diritto di agire per il pagamento. In sostanza, se non pagate il premio dell’assicurazione contro i danni, l’assicuratore può procedere contro di voi per ottenere il pagamento, mentre nell’assicurazione sulla vita ciò non è possibile.

Per il pagamento del premio c’è poi un termine di tolleranza di 20 giorni, spesso aumentato a 30 dalle condizioni di polizza. Se il periodo di tolleranza passa senza che il premio sia stato pagato, il contratto si risolve e l’assicurato perde ogni diritto alle garanzie prestate dalla polizza, a meno che non ci siano le condizioni per il riscatto, la riduzione o la riattivazione dell’assicurazione previste dal contratto, di cui scriveremo nelle prossime pagine. In ogni caso è bene porre la massima attenzione alle condizioni contrattuali stipulate.



## La riattivazione

Il contratto risolto può essere riattivato entro un termine indicato nel contratto stesso, in genere 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata. Basta versare le rate di premio arretrate, insieme agli interessi legali.

Trascorso il termine indicato sul contratto, la riattivazione può avvenire solo dietro un'espressa domanda dell'assicurato e una specifica accettazione scritta

della compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti medici, prima di decidere se dare o meno il proprio consenso. Il contratto può comunque prevedere un termine massimo, in genere di 2 anni, dalla scadenza della prima rata di premio non pagata per procedere alla riattivazione.

## La riduzione

Nell'ipotesi in cui il contraente non possa o non voglia continuare a pagare i premi, in alcuni casi è possibile ottenere la cosiddetta "riduzione del contratto", ovvero la sospensione definitiva dei versamenti (vedi **Modello 27**).

Una volta versato un numero minimo di premi indicato sul contratto, in genere tre annualità, è possibile interrompere il pagamento dei premi. La polizza rimane attiva, la compagnia continuerà a rivalutare la somma investita fino a quel momento e alla scadenza pagherà un capitale ridotto, in base ai premi versati rispetto a quelli previsti.

Nel caso optiate per la riduzione, inviate all'assicuratore una lettera nella quale gli comunicate la vostra decisione. Se, infatti, vi limitate a sospendere il pagamento dei premi, l'assicuratore non può sapere se avete optato per la sospensione, riservandovi la riattivazione, o per la riduzione o, ancora, per il riscatto.

## Il riscatto

In alternativa alla riduzione, dopo il versamento di un numero minimo di annualità previsto dal contratto (in genere 3), è possibile interrompere il pagamento dei premi e ottenere subito il rimborso del valore di riscatto. Se la polizza è a premio unico, spesso è sufficiente che sia passato il primo anno dalla stipula. Le regole per godere del riscatto e per il calcolo della somma dovuta variano a seconda del tipo di contratto e, in genere, sono penalizzanti per l'assicurato. Non essendo una soluzione conveniente, prima di decidere chiedete di conoscere i conteggi inviando una richiesta di informazioni. In ogni caso, qualora fosse questa la vostra decisione, è necessario inoltrare una richiesta con raccomandata a.r. o via pec all'assicuratore (vedi **Modello 28**). Talvolta la compagnia mette a disposizione dei moduli specifici. Ricordatevi di indicare sia la data in cui avete redatto e firmato il modulo sia quella in cui il modulo è stato ricevuto dall'assicuratore e, soprattutto, tenetene per voi una copia.

## Vantaggi e svantaggi

In linea generale non rispettare gli impegni di pagamento è sempre penalizzante sul piano della redditività. Detto ciò, se non si riesce più a fare fronte ai versamenti occorre optare per la soluzione meno costosa: leggete il contratto con attenzione. Di solito, in caso di sospensione del pagamento, è preferibile la riattivazione; però tenete conto che nel periodo in cui non si versano soldi non

c'è copertura per il caso morte, come invece succede a volte per la riduzione. Riscatto e riduzione sono poco convenienti, perché comportano il pagamento di un capitale inferiore a quello inizialmente previsto. La seconda, se comporta l'attesa della scadenza per la riscossione del capitale, consente però, anche se in misura ridotta, di usufruire dei vantaggi della polizza, inclusa talvolta la copertura per il caso morte. Il riscatto, specialmente se avviene nei primi anni del contratto, rischia di annullare la redditività dell'investimento.

Secondo il Codice Civile (art. 1925), nelle polizze di assicurazione i diritti di riscatto e di riduzione devono essere regolati in modo che l'assicurato possa in ogni momento conoscere il loro valore. Per questo nelle polizze vita vanno sempre indicati i criteri tecnici e le tabelle che la compagnia adotta per il calcolo. Le cifre indicate nei documenti informativi sono però solamente un'ipotesi. Prima di qualsiasi scelta, quindi, è meglio chiedere alla compagnia quali saranno le cifre concretamente maturate per le diverse opzioni previste dal contratto. In proposito ricordiamo che le imprese sono tenute a dare qualsiasi informazione sullo stato del contratto entro 20 giorni (vedi [Modello 5](#)).

## Prestito o anticipo?

Il contraente in regola con il pagamento dei premi può anche ottenere un prestito dall'assicuratore, nei limiti del valore di riscatto maturato. Questo diritto è regolato solo dal contratto e, di solito, è possibile ottenere un prestito solo in quelle polizze che prevedono comunque la possibilità di riscatto. In genere, per poterlo chiedere devono essere trascorsi almeno 2 anni dalla data di stipula del

### Al riparo dai creditori

Secondo la legge (art. 1923 del Codice Civile), le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare. Questo significa che, se avete dei debiti, per ottenere il pagamento delle somme, i vostri creditori non potranno rivalersi sul capitale assicurato, né potranno sottoporlo a sequestro: una garanzia importante, che si basa sulla natura previdenziale dell'investimento in una polizza vita.

La polizza vita, però, può essere stipulata per garantire un terzo. In questo caso, visto che il contraente può cambiare beneficiario quando vuole e, quindi, non è sufficiente indicare il terzo come beneficiario, può essere apposto un vincolo sulla polizza: l'assicuratore non può pagare alcuna somma senza il consenso del terzo a favore del quale è stato istituito il vincolo o il pegno.

contratto, se la durata del contratto è inferiore ai 5 anni, e almeno 3 se la durata è dai 5 anni in su. Anche se viene chiamato prestito, in realtà si tratta di un anticipo, dato che l'assicuratore non fa altro che versare in anticipo una somma a cui avreste avuto diritto solo alla scadenza del contratto.

La polizza non viene modificata. Il contraente dovrà continuare a versare i premi, pagando gli interessi sul prestito, che nelle polizze rivalutabili coincidono con il tasso di rendimento della polizza più una maggiorazione che varia a seconda della compagnia. Dalla somma versata a titolo di prestito l'assicuratore detraerà le spese e la prima rata di interessi.

Il capitale assicurato continua a rivalutarsi come prima; per questo è necessario pagare gli interessi: per riempire il vuoto lasciato dalla parte di capitale anticipata.

## **Trasformazione**

Nel corso del contratto è possibile modificare alcuni elementi, come la durata o la formula tariffaria. Si possono, inoltre, trasferire le somme maturate da una vecchia polizza a una nuova. La compagnia è tenuta, in questi casi, a fornire ogni informazione e a consegnare un documento comparativo che illustri le diverse caratteristiche dei due prodotti, con riferimento in particolare alle garanzie e agli eventuali benefici, anche fiscali, a cui si rinuncia a seguito della trasformazione. I documenti informativi devono essere consegnati almeno 7 giorni prima dell'operazione.

È bene, quindi, verificare con attenzione che l'operazione sia per voi conveniente. Può essere infatti interesse delle compagnie chiudere vecchi contratti, ritenuti troppo onerosi, per aprirne nuovi più vantaggiosi per le imprese.

## **Le comunicazioni periodiche**

Nel corso del contratto, le compagnie sono tenute a inviare l'estratto conto annuale entro 60 giorni dalla chiusura dell'anno solare (e quindi entro il primo o il due di marzo di ciascuno anno). Ciò per consentire al consumatore una valutazione periodica, anche di convenienza, del prodotto sottoscritto.

## **Capitale o rendita**

Quando il contratto di assicurazione scade, le compagnie sono obbligate ad avvertire il contraente con 30 giorni di anticipo, comunicando anche quale documentazione deve presentare per il pagamento e devono avvisare che i

relativi diritti si prescrivono in 10 anni, trascorsi i quali non potrà più chiedere il rimborso. La comunicazione viene inviata anche al beneficiario. Se poi il contratto prevede la possibilità di esercitare delle opzioni, la compagnia deve comunicarlo con 30 giorni di preavviso, indicando le caratteristiche delle diverse prestazioni previste dalla polizza.

Il pagamento delle assicurazioni sulla vita può avvenire in due forme: tramite il versamento di un capitale o di una rendita.

- **Il capitale** Prevede il pagamento di un importo, che l'assicuratore versa tutto in una volta in caso di morte dell'assicurato o di sua sopravvivenza alla scadenza del contratto. Alcune polizze prevedono particolari forme di versamento di capitale:
  - capitale differito speciale, prevede il pagamento di un capitale solo se l'assicurato è ancora in vita alla scadenza del contratto. Se dovesse morire prima, l'assicuratore rimborserà agli eredi solo una quota del capitale corrispondente ai premi versati;
  - capitale differito con controassicurazione, prevede il pagamento di un capitale alla scadenza solo se l'assicurato è ancora in vita. Se dovesse morire prima, l'assicuratore rimborsa gli eredi dei premi netti rivalutati.
- **La rendita** È il pagamento da parte dell'assicuratore di un determinato importo, versato all'assicurato periodicamente a partire da una certa data, di solito quella di scadenza del contratto. Può essere di due tipi:
  - rendita immediata, quando l'assicuratore garantisce il pagamento fin da subito, non appena è stato stipulato il contratto, previo pagamento di un premio unico e anticipato. Il rischio dell'assicuratore è legato solo alla durata più o meno lunga della vita dell'assicurato. La rendita può essere vitalizia, quando viene pagata per tutta la vita, o temporanea, quando viene pagata fino a una certa data o fino alla morte dell'assicurato, se dovesse avvenire prima della scadenza. Si tratta, comunque, di una forma poco diffusa;
  - rendita differita, prevede che il pagamento venga effettuato solo da un certo periodo in poi (il cosiddetto "periodo di differimento") e continui per tutta la vita dell'assicurato.

## Cosa scegliere

A prima vista la rendita potrebbe sembrare la forma più interessante per chi è intenzionato a fare un investimento di tipo previdenziale, garantendo per tutta la vita una somma che lo aiuti a far fronte alle proprie necessità. Se è questo il vostro scopo è bene sottoscrivere una polizza con funzione pensionistica per godere anche dei relativi benefici fiscali. Ne parliamo nel prossimo capitolo. In ogni caso, nel valutare la soluzione più conveniente,

vanno prese in considerazione molte circostanze. Per esempio: se la propria pensione non è sufficiente a garantire un adeguato standard di vita, potrebbe risultare più utile avere una rendita in grado di offrire un'entrata supplementare permanente e continuativa.

## Il pagamento

Una volta effettuata la scelta, l'impresa procede a erogare la prestazione nel termine indicato sul contratto, che in genere è di 30 giorni. Controllate bene quale documentazione deve essere inoltrata per ottenere il pagamento. Se la compagnia ritarda, occorre inviare una lettera di sollecito e messa in mora, chiedendo che alle somme maturate siano aggiunti anche gli interessi.

## Le polizze dormienti

Per le polizze vita il termine di prescrizione del diritto è di 10 anni. È bene ricordarsi di chiedere il pagamento in tempo utile tramite raccomandata o pec, per evitare che i versamenti effettuati vengano vanificati. Una volta decorsi 10 anni dalla scadenza, la polizza cade in prescrizione e viene trasferita a un fondo statale gestito dalla CONSAP (vedi **capitolo 1**), senza possibilità di rivendicare più alcun pagamento. Il fenomeno è meno raro di quanto si possa immaginare, soprattutto in caso di decesso, qualora gli eredi oppure i beneficiari ignorino l'esistenza della polizza. Per evitare ciò l'ANIA (associazione delle imprese di assicurazione [www.ania.it](http://www.ania.it)) ha istituito un servizio di ricerca delle polizze a cui è possibile rivolgersi per un'eventuale verifica sull'esistenza di una copertura vita. Per tale verifica è comunque anche possibile rivolgersi individualmente alle singole compagnie.



# 10

## Le diverse coperture assicurative sulla vita

Nella categoria delle assicurazioni sulla vita rientrano prodotti che possono essere anche molto diversi tra loro. Alcuni coprono dal rischio morte, altri hanno natura di investimento finanziario o pensionistico, altri ancora sono misti (offrono prestazioni diverse in base al fatto che accada o non accada la morte dell'assicurato), oppure offrono coperture di diversa natura (i cosiddetti multirischi). Nelle pagine seguenti vedremo quali sono i principali prodotti assicurativi sul mercato e in cosa consistono, ricordando che ogni contratto è diverso dall'altro e che occorre leggere sempre le condizioni proposte dall'assicurazione.

### La polizza caso morte

In origine, l'assicurazione per il caso di morte era la forma tipica di assicurazione sulla vita e, anzi, probabilmente la prima forma di assicurazione in assoluto. Si può ritenere che tali polizze siano di maggiore interesse per chi ha figli piccoli e per coloro che non hanno grossi risparmi da lasciare ai propri cari. In genere il pagamento della prestazione da parte dell'assicuratore avviene solo se la morte si verifica entro un determinato periodo di tempo da un minimo di un anno a un massimo di 20 anni. Si tratta della formula più diffusa, denominata "formula temporanea caso morte". In casi più rari alcune compagnie

prevedono che la prestazione venga erogata in qualunque momento accada la morte, mentre il versamento del premio avvenga solo per un certo periodo indicato sul contratto. Si parla in quest'ultimo caso di "polizza vita intera caso morte", ma sono prodotti poco diffusi.

## La visita medica

In questa tipologia di assicurazione, le condizioni di salute dell'assicurato assumono particolare importanza, tant'è vero che spesso viene richiesta una visita medica a spese dell'assicurato.

Se non viene fatta nessuna visita medica, la copertura assicurativa non comincia subito, ma solo dopo un periodo di carenza, la cui durata è indicata nel contratto; se la morte dell'assicurato avviene prima che sia trascorso questo periodo, ai beneficiari viene restituito solo il premio pagato, al netto di imposte e spese. Se la visita medica viene effettuata, la garanzia è di solito subito operativa.

In alternativa alla visita medica viene richiesta la compilazione di un documento sanitario sulle proprie condizioni di salute o di vita (per esempio, bisogna indicare se si è fumatori). Come abbiamo già raccomandato in precedenza, bisogna compilarlo con molta attenzione, dato che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sullo stato di salute attuale e soprattutto passato possono portare allo scioglimento del contratto o al diniego dell'indennizzo in caso di decesso. Le polizze infatti, di solito, non offrono alcuna copertura ove la morte sia conseguenza di una patologia insorta prima della stipula del contratto.

## Le esclusioni

Nella polizza vita, il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa e ovunque si verifichi; tuttavia, in alcuni casi, che possono variare da contratto a contratto, la copertura assicurativa non è operante. Ecco alcuni esempi:

- dolo del contraente o del beneficiario. È il caso dell'omicidio dell'assicurato commesso dal contraente o dal beneficiario;
- morte dovuta alla partecipazione ad atti dolosi. Se l'assicurato partecipa a una rapina e viene ucciso dalla polizia durante un inseguimento, la sua morte non è coperta dall'assicurazione;
- morte dovuta alla partecipazione a fatti di guerra, esclusi i militari professionisti che abbiano indicato in polizza la presenza del rischio professionale;
- morte per incidente di volo se l'assicurato fa parte dell'equipaggio o se, pur viaggiando come passeggero, c'è una situazione irregolare per quanto riguarda autorizzazioni o brevetti di volo;
- suicidio nei primi 2 anni successivi alla stipula del contratto.

## Il premio

Le assicurazioni per il caso morte possono avere varie forme:

- a **capitale costante**, nelle quali per tutta la durata del contratto premi e capitale restano uguali (si tratta della tipologia più diffusa);
- a **capitale crescente**, dove il premio resta costante, mentre il capitale aumenta ogni anno di una determinata percentuale;
- a **capitale decrescente**, in cui il premio è pagato in misura costante per un periodo inferiore a quello del contratto e il capitale diminuisce ogni anno.

## Le prestazioni: capitale o rendita

Alla morte dell'assicurato, le prestazioni dell'assicuratore al beneficiario possono consistere nel pagamento di un capitale o di una rendita. La riscossione del capitale, pagato tutto in una volta, è quella che generalmente consigliamo. Nelle assicurazioni caso morte, però, ci sono situazioni che rendono preferibile scegliere la rendita, se prevista. Per esempio, un padre che vuole essere sicuro che il figlio non sperperi tutti i soldi ricevuti, farà meglio a scegliere la rendita. Alcuni contratti prevedono la possibilità di scegliere fra due tipi di rendita: la rendita certa, ovvero una determinata cifra che viene pagata per un definito numero di anni, e la rendita vitalizia, che viene pagata per tutta la vita del beneficiario. Non è previsto, in queste polizze, il diritto di riscatto, il che appare ovvio se si considera che il pagamento della prestazione da parte dell'assicuratore viene effettuato soltanto in caso di morte dell'assicurato; è prevista, invece, la riduzione.

## La liquidazione della prestazione

Per poter riscuotere quanto dovuto, conviene denunciare l'avvenuta morte dell'assicurato il prima possibile. Dopodiché sarà necessario consegnare all'assicuratore una serie di documenti, indicati nel contratto.

### Agevolazioni fiscali

Attualmente, per le polizze che coprono il rischio morte è prevista la detrazione d'imposta del 19% del premio pagato per un massimo di 530 euro. Se tutelano persone con disabilità grave accertata, il limite è elevato a 750 euro.

Di solito sono:

- certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui si possa accertare l'identità degli eredi, se sono stati indicati come beneficiari;
- relazione medica attestante le cause di morte ed eventuale cartella clinica;
- certificato di esistenza in vita del beneficiario;
- autorizzazione del Giudice tutelare, in caso di beneficiari minorenni;
- verbale della pubblica autorità (Polizia, Carabinieri) in caso di morte violenta.

Ricevuta la documentazione necessaria, l'assicuratore è tenuto a effettuare il pagamento entro il termine indicato sul contratto, che in genere è di 30 giorni.

## Le polizze d'investimento

Lo scopo originario delle polizze caso vita era quello previdenziale e non quello di accumulare capitali. Tant'è vero che, tradizionalmente, la polizza caso morte prevedeva il pagamento del capitale, mentre la polizza caso vita prevedeva la rendita, per poter mantenere un reddito adeguato anche quando, con la vecchiaia, la possibilità di guadagnare fosse diminuita.

Nel tempo questa distinzione così rigida è venuta meno e le polizze vita sono diventate in certi casi degli autentici prodotti finanziari.

I prodotti vita possono essere molto diversi tra loro e hanno un grado di complessità ben superiore alle polizze caso morte. Per questo, è ancora più importante leggere molto attentamente il set informativo (vedi **capitolo 9**), in particolare i documenti rilasciati prima della stipula, con grande attenzione alle informazioni sulla conservazione del capitale, sui costi, sulla possibilità del riscatto anticipato. Bisogna anche valutare bene tutte le spese (i "caricamenti") e quale sia la quota di premio realmente investita. Tutti gli oneri connessi alla gestione della polizza potrebbero infatti annullarne il rendimento. Trattandosi di prodotti che hanno regole di non facile comprensione, la sottoscrizione di polizze vita è suggeribile solo se si hanno buone conoscenze economiche e finanziarie.

## **Polizze rivalutabili**

La forma più diffusa di assicurazione sulla vita è quella rivalutabile. Prevede che il premio pagato venga investito dalle compagnie in apposite gestioni separate e che gli utili vengano, poi, riconosciuti all'assicurato.

Bisogna tenere presente, però, che non tutto il premio viene investito: una parte viene trattenuta dalla compagnia a titolo di spese (caricamenti).

Queste polizze possono prevedere un tasso d'interesse minimo garantito, al di sotto del quale il rendimento non può scendere. Il valore è indicato in polizza. Il tasso di riferimento è il valore più alto fra il minimo garantito e il rendimento della gestione effettuata dalla compagnia. Se il rendimento dell'investimento dovesse essere superiore al tasso minimo garantito, la compagnia riconoscerà all'assicurato una determinata percentuale. Il risultato concreto di questa operazione è che all'assicurato viene riconosciuta un'ulteriore parte di rendimento, che va a rivalutare la prestazione garantita.

Tuttavia, in genere, all'assicurato non vengono riconosciuti tutti gli utili, ma solo una percentuale che varia da polizza a polizza (di solito va dal 75% all'85%). Si tratta del meccanismo della cosiddetta "aliquota di retrocessione". Se il tasso di rendimento della gestione separata dovesse essere inferiore al minimo garantito, l'assicurato non subirà alcuno svantaggio, perché la compagnia dovrà accollarsi la perdita.

## Il contratto con partecipazione agli utili

Esistono, inoltre, polizze vita che prevedono esclusivamente una partecipazione agli utili: si tratta di una forma che, se da una parte può essere più rischiosa, perché non comporta in genere garanzie minime di rendimento,

### Polizze o fondi?

Le forme che prevedono il pagamento del capitale possono comportare qualche vantaggio rispetto a un fondo d'investimento.

Se, infatti, il rendimento del fondo oscilla fra l'alto e il basso, l'investitore corre il rischio di rimetterci: se nel momento della liquidazione il fondo ha una valutazione bassa, gli eventuali rialzi del passato non produrranno alcun effetto. Ciò non accade nelle polizze di risparmio, dove i risultati maturati in passato sono acquisiti e il rendimento maturato si consolida, cioè non può più essere diminuito; talvolta esiste anche un rendimento minimo garantito.

Dall'altra parte, però, le polizze vita comportano spese maggiori di gestione, che possono incidere significativamente sul rendimento netto, e una minore liquidità, considerato che prima di una certa scadenza il riscatto è fortemente penalizzante. Inoltre si tratta di prodotti complessi per cui non risulta sempre agevole individuarne la reale redditività.

dall'altra consente, almeno in linea di principio, di realizzare complessivamente rivalutazioni più consistenti, se l'investimento della compagnia è redditizio e se la quota di rendimento riconosciuta all'assicurato è consistente.

## Il contratto di capitalizzazione

Con questo contratto, di durata almeno quinquennale, l'impresa, a fronte di un premio versato in denaro o altre attività, s'impegna a pagare a un certo termine delle somme determinate. Può essere previsto il pagamento anticipato del capitale attraverso il sorteggio di alcuni contratti nella misura massima del 5% dei contratti emessi. È consentito il riscatto a partire dal secondo anno, a condizione che sia stata versata almeno una annualità. In caso di controversia sarà l'assicurazione a dovere dimostrare di avere agito secondo di diligenza con onere della prova a proprio carico.

## Le polizze index linked e unit linked

Si tratta di polizze collegate all'andamento di un indice o di un fondo. Sono sostanzialmente autentici prodotti finanziari, consigliabili solo a chi ha un'adeguata conoscenza dei mercati. In ogni caso, bisogna stare molto attenti ai contenuti dei documenti informativi, dato che sono forme di investimento in cui è possibile perdere una parte dei premi versati.

Anche qui, comunque, l'intermediario o l'assicurazione hanno il dovere di verificare che l'operazione sia adatta alla situazione e ai bisogni dell'assicurato. Come abbiamo scritto nel [capitolo 2](#), data la natura finanziaria di queste polizze, su di esse vigila la CONSOB anziché l'IVASS. Anche per questi contratti, in caso di lite, deve essere la compagnia a dimostrare di avere agito secondo diligenza.

Questa polizza può avere le due forme che seguono.

- **Index linked** La polizza index linked prevede che il capitale assicurato sia determinato in funzione di un indice finanziario indicato nel contratto (per esempio, l'andamento di un mercato borsistico determinato, come l'indice Mibtel).

Il rischio di queste assicurazioni è che l'indice di riferimento abbia un andamento negativo. Alcune prevedono, comunque, delle tutele minime a favore dell'assicurato. Per esempio, può essere garantito un capitale minimo, oppure la restituzione dei premi versati. Ricordate che anche in questo caso non tutto quello che viene pagato per il premio viene investito, perché la compagnia ne trattiene una parte per le spese. L'estratto conto annuale può essere conse-

gnato entro 60 giorni dal termine dell'anno oppure entro 60 giorni dalla data prevista per il calcolo dell'indicizzazione. I valori di riscatto sono pubblicati giornalmente sul sito internet. In caso di una diminuzione degli indici di riferimento indicati sul contratto che determini una riduzione di oltre 30% del valore di riscatto, l'impresa deve avvertire l'assicurato entro 10 giorni lavorativi; deve anche comunicare ogni ulteriore riduzione del 10%.

- **Unit linked** In queste polizze i premi vengono investiti in fondi d'investimento costituiti dalla compagnia oppure in fondi esterni (detti Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio – OICR). L'assicurato acquista delle quote attraverso il versamento del premio. La compagnia entro 10 giorni lavorativi deve indicare il valore di ciascuna quota con la relativa data di acquisto. Il valore di ciascuna quota è pubblicato giornalmente sul sito internet della compagnia. Il rendimento della polizza sarà quindi legato all'andamento di questi fondi, che possono essere obbligazionari, azionari, bilanciati, monetari, oppure possono avere caratteristiche miste. Anche in questo caso la compagnia tratterà la quota di propria competenza per le spese; quindi, il premio investito in questi fondi sarà sempre inferiore al premio pagato.

I fondi sono suddivisi in classi di rischio, da quello basso a quello molto alto. In genere, è possibile passare da un fondo a un altro pagando una commissione per l'operazione (denominata *switch*).

L'estratto conto dettagliato, che comprende anche versamenti, numero di quote in possesso e loro valore, viene consegnato entro il 31 maggio di ogni anno. Può accadere che tali polizze non abbiano garanzie minime di risultato con il rischio, quindi, di vedersi rimborsate alla scadenza somme inferiori a quelle versate. In questo caso, il rischio finanziario rimane sostanzialmente a carico del contraente. Ciò spiega la ragione per cui questi prodotti possono riservare sorprese negative. Se la perdita supera il 30% dei premi investiti, l'impresa deve avvertire l'assicurato entro 10 giorni lavorativi. Un'ulteriore comunicazione dovrà essere data per ogni nuova perdita del 10%.

## I piani individuali pensionistici

I piani individuali pensionistici di tipo assicurativo (PIP), detti anche Forme individuali pensionistiche (FIP), mirano a costituire una vera pensione integrativa con il versamento di una rendita vitalizia.

Si tratta di uno strumento di previdenza complementare alternativo ai Fondi pensione, in cui è possibile far confluire il TFR. Per tale similitudine l'ente di vigilanza che si occupa di questi prodotti è la COVIP anziché l'IVASS (vedi [capitolo 2](#)).

Le regole sono sostanzialmente le stesse di quelle dei fondi pensione e sono quindi diverse da quelle delle altre assicurazioni vita. Questo tipo di polizza infatti ha delle limitazioni alle forme di riscatto e prevede che il capitale possa essere erogato nella misura massima del 50% di quanto accumulato; la parte che rimane deve essere destinata alla rendita.

Conviene fare particolare attenzione ai costi, alle modalità di calcolo dei rendimenti (in genere, regolate secondo il meccanismo delle aliquote di retrocessione, di cui abbiamo parlato nel paragrafo sulle polizze rivalutabili), alle norme relative all'erogazione delle prestazioni da parte della compagnia.

## Le regole

Anche per questo tipo di polizza il consiglio è quello di leggere con attenzione il fascicolo informativo e il regolamento del piano. Va comunque detto subito che, data la natura previdenziale, il pagamento della rendita non avviene in una data stabilita, ma quando l'assicurato raggiunge l'età per iniziare a fruire della pensione pubblica e purché siano stati effettuati versamenti per 5 anni. Il diritto di riscatto anticipato prima della scadenza è limitato a ipotesi eccezionali. Si tratta quindi di polizze che prevedono vincoli temporali significativi, con la possibilità di riscuotere il capitale anticipatamente solo in pochi casi. Per esempio sarà possibile riscattare anticipatamente quanto versato, nel caso si verifichi una invalidità permanente o uno stato di disoccupazione prolungata.

In caso d'invalidità permanente, con riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3, oppure di disoccupazione superiore a 48 mesi, le prestazioni potranno essere erogate con un anticipo massimo di 5 anni rispetto alla data del pensionamento. È possibile scegliere la forma della rendita reversibile che prevede che il denaro sia corrisposto a chi aderisce finché è vivo e, alla sua morte, a una persona che ha scelto.

I premi da corrispondere all'assicurazione possono variare nel tempo ed è anche possibile la cessazione dei versamenti.

### Agevolazioni fiscali

I premi versati per i piani pensionistici individuali possono essere dedotti dalla dichiarazione dei redditi con un limite di 5.164,57 euro.

Considerate le rapide variazioni fiscali, è comunque sempre bene verificare quale sia il regime tributario vigente al momento della dichiarazione dei redditi.



Si possono però ottenere delle anticipazioni della posizione maturata nel caso di spese mediche straordinarie, che devono tuttavia essere riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale. Oppure, a condizione che vi siano stati almeno 8 anni di adesione a forme pensionistiche complementari, se l'assicurato deve acquistare una casa per sé o per i propri figli o per alcune forme di ristrutturazione edilizia. Si possono anche ottenere anticipazioni per soddisfare altre esigenze nei limiti del 30% e comunque dopo 8 anni. Infine, è prevista la possibilità di trasferire quanto maturato ad altre forme pensionistiche complementari.

## La liquidazione

Alla data prevista nel contratto l'assicurato potrà chiedere il pagamento del capitale (in un'unica soluzione) o della rendita (il pagamento in più rate). Per ottenere quanto gli spetta, l'assicurato deve fornire all'assicuratore tutta la documentazione necessaria per accertare il diritto alla prestazione. La compagnia è tenuta ad avvertire il contraente 30 giorni prima della scadenza, indicando i documenti necessari. Se la compagnia non si fa sentire, conviene chiedere quali siano i documenti richiesti e consegnarli il prima possibile: solo da allora decorrerà il termine di 30 giorni in genere previsto dai contratti per il pagamento, oltre il quale decorrono gli interessi.

Ricordate sempre di indicare nella richiesta di pagamento se desiderate il versamento del capitale o della rendita; non dimenticate inoltre che le cifre liquidate possono essere diverse da quelle che erano state indicate come ipotesi di rendimento.

## Le assicurazioni miste e quelle complementari

Queste polizze garantiscono il pagamento di un capitale in favore dell'assicurato a una certa data prevista dal contratto, se è ancora in vita, e il pagamento immediato del capitale ai beneficiari, se prima della scadenza del contratto l'assicurato muore.

Nell'assicurazione mista la prestazione dell'assicuratore per il caso di morte scatta immediatamente alla morte dell'assicurato e non, come nelle forme esaminate finora, alla data di scadenza del contratto. Le regole applicate sono quelle delle polizze caso vita e caso morte che abbiamo visto più sopra. Le assicurazioni complementari costituiscono degli ampliamenti della garanzia base. Spesso hanno per oggetto coperture per il caso di infortunio o malattia.

Nel momento in cui si cessa di pagare il premio base, si estinguono tutte le garanzie complementari. Qualora le garanzie complementari siano abbinate a polizze con funzione di risparmio, tenete bene presente che la somma investita sarà solo quella specificamente indicata nella polizza per quella voce e non tutto il premio pagato. Una parte di esso, infatti, andrà a coprire il rischio complementare assunto dalla compagnia. Conviene, quindi, controllare non solo l'entità del premio complessivo, ma anche le singole voci che lo compongono.

# Appendice

I modelli  
di lettera

## **Modello 1**    **Reclamo per inadeguatezza della polizza**

---

Il contraente di una polizza deve sempre dare attenta lettura dei documenti consegnati prima della stipula. Tuttavia il distributore della polizza deve valutare se il prodotto assicurativo sia effettivamente adeguato per le concrete esigenze dell'assicurato. Ove ciò non si verifichi il consumatore ha il diritto di richiedere il risarcimento dei danni subiti.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Ufficio Reclami compagnia di assicurazione*

*Nome e indirizzo dell'intermediario*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... sottoscritta il ..... contraente sig. ....**

In riferimento alla polizza in oggetto, ho appreso solo ora che la stessa risulta inadeguata rispetto alle esigenze assicurative a voi note. Infatti ..... (*descrivere le ragioni per cui il prodotto assicurativo si è rivelato inutile o incongruo rispetto a quanto richiesto all'intermediario*).

In base all'art. 183 del Codice delle Assicurazioni e al Regolamento 40/18 IVASS era Vostro onere valutare le mie necessità assicurative e fornirmi ogni adeguata informazione. Ciò non è accaduto per le ragioni sopraesposte.

Vi ritengo quindi responsabili per l'accaduto e Vi chiedo perciò il risarcimento dei danni subiti che qui vi indico ..... (*descrivere i danni subiti*).

Attendo un riscontro per la definizione amichevole della controversia e porgo distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 2**    **Recesso dal contratto stipulato a distanza**

Per i contratti del ramo danni stipulati a distanza (internet e telefono) il consumatore può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni. Non verrà rimborsata la quota di imposte e contributi, la parte di premio goduta, eventuali costi rimasti a carico della compagnia. Per le polizze viaggio o bagagli di durata inferiore a un mese non è possibile recedere. Per le polizze vita valgono regole diverse, che consentono di recedere fino a 30 giorni della stipula della polizza, anche se non è stata negoziata a distanza.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo del contraente*

*Spedire a:*

*Denominazione e indirizzo della compagnia*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Recesso polizza o preventivo n. .... (se sul modulo ve ne è indicato uno) del ..... (data della firma) – (nome del contraente)**

Con la presente comunico, ai sensi del D. Lgs. 206/2005 e dell'articolo n. .... del contratto, il mio recesso dalla polizza n. .... acquistata a distanza in data ..... e con pagamento avvenuto a mezzo di ..... (*indicare se bonifico, carta di credito, bollettino postale o altro strumento*).

Vi invito, pertanto, a restituirmi tempestivamente la somma versata, nella misura a me dovuta.

Distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 3**      **Comunicazione di cessazione, aggravamento o diminuzione del rischio**

Ogni variazione del rischio va comunicata all'impresa. Inviare questa comunicazione al più presto quando, dopo la stipula della polizza, sono intervenuti fatti tali da cessare, aggravare o diminuire il rischio oggetto di copertura. Per esempio: se avete cambiato lavoro, in caso di polizze infortuni o professionali o se è mutato lo stato dei luoghi, in caso di polizza furto/incendio ecc.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. ....**

A mezzo della presente Vi comunico, ai sensi e per gli effetti

- dell'art. 1896 del Codice Civile, che in data ..... *(descrivere il fatto che determina la cessazione del rischio)*. Poiché quanto sopra determina la cessazione del rischio, la polizza in oggetto deve intendersi sciolta e resto pertanto libero da ogni obbligo nei Vostri confronti a far tempo dalla prossima rata di premio.

*Oppure*

- degli art. 1897 e art. 1898 del Codice Civile, che successivamente alla stipula della polizza in oggetto, e precisamente dal giorno ..... si è verificato il seguente fatto: ..... *(descrivere dettagliatamente le circostanze nuove di aggravamento o riduzione del rischio)*. Vorrete pertanto prendere nota di quanto sopra e comunicarmi Vostre eventuali decisioni entro 30 giorni dal ricevimento della presente.

In attesa di Vostro riscontro, porgo distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 4**    **Prescrizione: come interromperla**

Dopo una denuncia di sinistro, una richiesta di risarcimento, non restate mai inattivi nei confronti della compagnia per più di 2 anni per le polizze danni e per più di 10 anni per le polizze vita. Entro questo termine mandate sempre una comunicazione scritta di messa in mora e di sollecito al pagamento fino a quando la pratica non viene conclusa.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... – Sinistro n. .... (ove vi sia un danno) del .....**  
**– Atto di messa in mora e interruttivo della prescrizione**

In riferimento al sinistro (*o alla polizza*) in oggetto, comunico che a tutt'oggi non ho ancora ricevuto la liquidazione delle somme dovutemi, nonostante Vi abbia tempestivamente trasmesso tutta la documentazione e quant'altro necessario per l'istruzione della pratica e per il conseguente pagamento a mio favore.

Vi invito, pertanto, a provvedere al versamento di quanto dovutomi, maggiorato degli interessi legali, fatto salvo ogni ulteriore danno, mettendoVi in mora e precisandoVi che la presente vale a interrompere i termini di prescrizione di cui all'art. 2952, comma 2, del Codice Civile *oppure (in caso di richiesta di danni da sinistro stradale Rc auto)* di cui all'art. 2947, comma 2, del Codice Civile.

Distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 5**    **Richiesta di informazioni**

---

La compagnia è tenuta a rispondere entro 20 giorni alle richieste di informazioni provenienti dall'assicurato, dal contraente o da ogni avente causa.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... Contraente Sig. .... – Richiesta informazioni ai sensi del Regolamento 41/18 IVASS**

Il sottoscritto Sig. ...., quale contraente (o assicurato), con riferimento alla polizza n. .... in oggetto chiede di sapere ai sensi del Regolamento 41/18 IVASS..... (*indicare l'informazione richiesta*).

Vi invito, pertanto, a fornirmi risposta entro 20 giorni come da normativa sopraindicata.

Distinti saluti.

*Firma*



## **Modello 6**    **Reclamo alla compagnia**

L'indirizzo dell'ufficio reclami della compagnia deve essere indicato nei documenti assicurativi. Potete anche trovarlo sul sito internet dell'assicurazione o sul sito dell'IVASS ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)).

*Mittente:*  
*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*  
*Ufficio reclami*  
*(denominazione della compagnia e indirizzo)*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec *(ma anche fax o e-mail)*

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza (oppure Sinistro) n. .... – Reclamo ai sensi del Regolamento 24/08 IVASS**

Con la presente sporgo reclamo ai sensi del Regolamento 24/08 IVASS.

Vi contesto infatti che ..... *(descrivere le ragioni del reclamo)*.

Vi invito pertanto a ..... *(descrivere la vostra richiesta)*.

Attendo risposta entro 45 giorni, riservato ogni mio ulteriore diritto.

Distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 7**    **Reclamo all'IVASS**

---

L'IVASS può intervenire solo dopo che l'utente ha avuto risposta dall'ufficio reclami della compagnia, oppure, nel caso l'assicurazione non abbia dato riscontro, dopo 45 giorni dalla ricezione del reclamo inviato alla stessa.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*  
IVASS  
via del Quirinale, 21  
00187 Roma

Raccomandata con avviso di ricevimento (*oppure* fax al numero 06 42133206 *oppure*, in caso di invio a mezzo di posta elettronica certificata [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it))

*Luogo e data*

**Oggetto: Reclamo avverso compagnia ..... per gestione polizza (o sinistro) n. ....**

Con la presente, ai sensi del Regolamento 24/08 IVASS, Vi chiedo di intervenire al fine di valutare la correttezza della condotta della compagnia ..... nella gestione della polizza (o sinistro) in oggetto.

A tal fine allego il testo del reclamo inviato alla compagnia, la risposta ricevuta (*oppure precisare di non avere ricevuto risposta entro 45 giorni*) nonché la seguente documentazione: ..... (*se necessario, allegare copia del contratto o di altri atti utili*).

Ritengo che la compagnia avrebbe dovuto ..... (*descrivere la vostra richiesta*).

Attendo una Vostra cortese risposta, riservato ogni mio ulteriore diritto.

Distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 8**    **Disdetta del contratto di assicurazione**

Il termine entro cui una polizza deve essere disdettata per evitare il tacito rinnovo risulta da una clausola del contratto (in genere il preavviso è di 30 giorni). Conviene comunque muoversi con ampio anticipo per evitare possibili contestazioni sulla data di ricezione della lettera. Il tacito rinnovo non è consentito per le polizze Rc auto. Le polizze danni poliennali possono prevedere una durata minima di 5 anni. In caso di polizza di durata superiore (per esempio decennale) possono essere disdettate a ogni scadenza annuale con un preavviso di 60 giorni purché siano già trascorsi i primi 5 anni.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Disdetta polizza n. .... (da riportare sempre)**

Con la presente comunico disdetta del contratto di assicurazione di cui sopra, che, pertanto, alla scadenza del ..... (*data di scadenza della polizza*) non dovrà intendersi rinnovato.

Distinti saluti.

*Firma*

*Timbro e firma per ricevuta dell'agenzia  
(in caso di consegna a mano)*

## **Modello 9**      **Comunicazione di incasso della somma offerta dalla compagnia a titolo di acconto**

---

Se, dopo un sinistro, ritenete insoddisfacente l'offerta della compagnia, non sottoscrivete l'atto di quietanza eventualmente proposto e comunicate che incasserete la somma solo a titolo di acconto.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Sinistro n. .... del ..... (da riportare sempre) – Polizza n. ....  
Contraente ..... – Incasso a titolo di acconto e richiesta di versamento del saldo**

Con la presente comunico che la somma di euro ..... da Voi offerta viene da me incassata a titolo di acconto rispetto il maggiore importo di cui ho diritto. Infatti ..... (*illustrare le ragioni per cui ritenete l'offerta non congrua*).

Per tali motivi Vi invito quindi a rivedere la posizione assunta e al pagamento della differenza di euro ..... a me spettante.

Distinti saluti.

*Firma*

*Timbro e firma per ricevuta dell'agenzia  
(in caso di consegna a mano)*

---

## **Modello 10** Polizza infortuni e polizza malattia – Denuncia di sinistro/Richiesta di indennizzo

---

Mittente:

Nome e indirizzo

Spedire a:

Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

### **Oggetto: Polizza n. .... – Denuncia di sinistro**

Comunico a tutti gli effetti previsti dalla polizza in oggetto che in data ..... ho subito il seguente infortunio ..... (*descrizione infortunio*) oppure sono stato/verrò ricoverato presso ..... oppure ho sostenuto le seguenti spese mediche per la seguente patologia .....

Ai fini della liquidazione dell'indennizzo contrattualmente previsto dovutomi, che qui richiedo, invio in allegato oppure vi inoltrerò in seguito:

- certificato medico del .....
- cartella clinica (*sempre, in caso di ricovero*);
- ricevuta spese sostenute (*solo per le polizze che prevedono il rimborso spese*).

In attesa di sollecito riscontro, porgo distinti saluti.

Firma

Si allegano (*se vengono acclusi*):

- copia certificati medici;
- cartella clinica;
- ricevuta spese.

## **Modello 11** Polizza infortuni e polizza malattia – Contestazione di indennizzo/Richiesta di nomina di un collegio medico

---

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... Sinistro n. .... del .....**

In riferimento al sinistro di cui in oggetto, comunico che contesto l'offerta di indennizzo da Voi formulatami con Vostra del ..... perché incongrua rispetto all'entità delle lesioni da me riportate nell'infortunio *oppure* allo stato di malattia denunciatoVi *oppure* alle spese sostenute. Le somme proposte potranno essere quindi trattenute come acconto.

*Oppure*

Contesto le affermazioni contenute nella Vostra del ..... con cui respingete l'indennizzo del sinistro denunciatoVi in quanto ..... (*descrivere le Vostre ragioni*).

*Nell'ipotesi si voglia attivare la procedura arbitrale:*

Essendo mia intenzione avvalermi della procedura arbitrale prevista dall'art. .... delle condizioni di polizza, nomino quale mio fiduciario il dott. .... (*nome, indirizzo, telefono*) e Vi invito a comunicarmi, entro e non oltre 20 giorni dal ricevimento della presente, il nome e l'indirizzo del Vostro, precisandoVi che in caso di mancato riscontro ricorrerò al Presidente del Tribunale per la nomina dell'arbitro, come previsto dall'art. 810 del Codice di Procedura Civile.

Distinti saluti.

*Firma*

*Timbro e firma per ricevuta dell'agenzia  
(in caso di consegna a mano)*

---

## **Modello 12** Polizza responsabilità civile – Denuncia di sinistro dell'assicurato

---

Mittente:

Nome e indirizzo

Spedire a:

Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni

Nome e indirizzo del danneggiato (se conosciuto)

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

**Oggetto: Polizza n. .... – Denuncia di sinistro**

Comunico a tutti gli effetti previsti dalla polizza in oggetto che in data ..... (descrivere l'evento accaduto) a seguito del quale il Sig. .... (nome e indirizzo del danneggiato se conosciuto) lamenta di avere subito i seguenti danni: ..... (descriverli sommariamente).

Vi invito, pertanto, a prendere contatti con il Sig. .... (danneggiato), al quale la presente è indirizzata per opportuna conoscenza, per definire amichevolmente la controversia.

*Oppure nel caso non sia nota l'identità del soggetto danneggiato:*

Allo stato non conosco l'identità del danneggiato. La presente viene inviata in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, con riserva di ogni diritto.

In attesa di conoscere l'esito della pratica, porgo distinti saluti.

Firma

## **Modello 13** Polizza responsabilità civile – Evitare la prescrizione nei confronti dell'assicurazione

---

*Mittente:*  
*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*  
*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... Assicurato ..... Sinistro n. .... del .....  
– Atto di messa in mora e interruttivo della prescrizione**

In riferimento alla vertenza avente a oggetto i danni da me provocati in data ..... e di cui alla richiesta di risarcimento danni da me ricevuta in data ....., Vi comunico che a tutt'oggi non ho ricevuto alcuna Vostra conferma circa la tacitazione del danno rivendicato dal Sig. .... e in ordine alla rinuncia a ogni ulteriore pretesa nei miei confronti.

Vi metto quindi in mora affinché provvediate al pagamento di quanto dovuto al Sig. ....

La presente vale quale atto interruttivo della prescrizione previsto dalla legge.

Distinti saluti.

*Firma*



---

## **Modello 14** Polizza abitazione – Denuncia di sinistro

---

Mittente:  
Nome e indirizzo

Spedire a:  
Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

**Oggetto: Polizza n. .... – Denuncia di sinistro**

A mezzo della presente Vi comunico che, a tutti gli effetti previsti dalla polizza in oggetto, in data ..... (*descrivere l'accaduto*).

Allego copia della denuncia presentata alle autorità competenti (*in caso di furto*), oppure del preventivo relativo alle riparazioni (*negli altri casi*) e mi riservo di produrre ulteriore documentazione per il prosieguo della pratica.

In attesa di sollecito riscontro, porgo distinti saluti.

Firma

## **Modello 15** Polizze connesse a mutui o finanziamenti – Recesso e comunicazione polizza in sostituzione

---

Il consumatore ha diritto di recedere dalla polizza proposta dalla banca o dalla finanziaria entro 60 giorni e presentare una polizza in sostituzione con i contenuti minimi richiesti dal soggetto che ha concesso il credito.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

*Nome e indirizzo della banca o finanziaria*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... connessa a contratto di mutuo (o finanziamento)  
n. .... del.....**

In riferimento alla polizza e al contratto di mutuo (o finanziamento) in oggetto, vi comunico il mio recesso dalla polizza non essendo decorsi ancora 60 giorni dalla stipula.

Vi offro in sostituzione la polizza n..... emessa da....., che allego, avente gli stessi contenuti minimi da voi richiesti per l'erogazione del prestito.

Vi chiedo la restituzione della parte di premio pagata e non goduta.

Attendo vostra conferma scritta.

Quanto sopra ai sensi dell'art. 28 del D. L. 1/2012 convertito con Legge 27/2012 e successive modificazioni.

*Firma*

## **Modello 16** Polizze connesse a mutui o finanziamenti – Richiesta rimborso o trasferimento premio

In caso di estinzione anticipata o portabilità di un prestito, il consumatore ha diritto alla restituzione della quota di premio assicurativo pagata e non goduta oppure a legare la polizza al nuovo finanziamento stipulato.

*Mittente:*  
*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*  
*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

*Nome e indirizzo della banca o finanziaria*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Polizza n. .... connessa a contratto di mutuo (o finanziamento)  
n. .... del .....**

In riferimento alla polizza e al contratto di mutuo (o *finanziamento*) in oggetto, in ragione dell'estinzione anticipata (o *trasferimento*) del mio debito del giorno ....., Vi chiedo la restituzione della parte di premio pagata e non goduta (*oppure* che sia trasferita al nuovo contratto di mutuo o finanziamento n..... stipulato con..... di cui allego copia .....

Attendo conferma scritta, fermo che tale mio ordine dovrà essere eseguito entro 30 giorni.

Quanto sopra ai sensi dell'art. 22 del D. L. 179/2012 convertito con Legge 221/2012.

Distinti saluti.

*Firma*

Si allega fotocopia contratto mutuo

## **Modello 17** Rc auto – Contestazione per la mancata comunicazione delle condizioni di rinnovo

---

Mittente:  
Nome e indirizzo

Spedire a:  
Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni

Raccomandata con avviso di ricevimento (*anticipata via mail o via fax all'ufficio reclami*)

Luogo e data

**Oggetto: Polizza n. .... in scadenza al ..... Targa .....**

In riferimento alla polizza in oggetto, rilevo di non avere ricevuto nel termine di 30 giorni antecedente la scadenza della polizza la comunicazione relativa alle condizioni di rinnovo.

Contesto la legittimità della Vostra condotta in violazione dell'art. 170 bis del Codice delle Assicurazioni.

Riservato ogni diritto, Vi diffido a inviarmi con la massima urgenza e comunque non oltre 15 giorni la proposta di rinnovo.

Mi riservo, inoltre, di segnalare l'accaduto all'IVASS e di agire in giudizio per la tutela dei miei diritti, tenuto conto dei danni derivati dal Vostro ritardo.

Distinti saluti.

Firma

---

## **Modello 18** Rc auto – Accesso ai documenti relativi alla liquidazione di un sinistro

---

Mittente:  
Nome e indirizzo

Spedire a:  
Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec o mail all'ufficio reclami

Luogo e data

**Oggetto: Sinistro n. .... Polizza n. .... Assicurato Sig. ....**

In riferimento al sinistro e alla polizza in oggetto il sottoscritto ....., residente a ....., codice fiscale ..... chiede di avere copia dei documenti relativi al sinistro in oggetto. Nello specifico mi risulta necessario avere ..... (*indicare i documenti*).

Ho interesse a conoscere tali documenti perché ..... (*indicare i motivi*).

La presente richiesta viene inviata ai sensi dell'art. 146 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/2005). Nel caso non venga evasa nel termine di 60 giorni, mi vedrò costretto a rivolgermi all'IVASS per vedere riconosciuto il mio diritto.

Distinti saluti.

Firma

Si allega fotocopia del documento d'identità.

## **Modello 19** Rc auto – Richiesta di comunicazione dell'ammontare delle somme liquidate a seguito di un sinistro

---

Mittente:

Nome e indirizzo

*(In caso di sinistro liquidato con procedura di indennizzo diretto)*

*Spedire a:*

*Spett.le CONSAP SpA*

*Via Yser 14*

*00198 Roma*

Raccomandata con avviso di ricevimento *(oppure via fax 06 85796546 o via e-mail: [rimborsistanza@consap.it](mailto:rimborsistanza@consap.it))*

*Oppure (in caso di sinistro liquidato con procedura ordinaria)*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Sinistro n. .... del ..... Compagnia ..... Targa del veicolo responsabile del sinistro ..... Assicurato Sig. .... Compagnia ..... Targa del veicolo danneggiato ..... Danneggiato Sig. .... Compagnia .....**

In riferimento al sinistro in oggetto il sottoscritto ....., residente a ....., codice fiscale ..... chiede di conoscere con cortese sollecitudine l'ammontare delle somme liquidate a favore del danneggiato.

Ciò al fine di valutare se esercitare il diritto di riscatto del sinistro.

Rimango in attesa di un urgente riscontro.

Distinti saluti.

*Firma*

---

## **Modello 20** Rc auto – Richiesta di risarcimento – Indennizzo diretto

---

Mittente:

Nome e indirizzo del danneggiato

Spedire a:

Nome e indirizzo della propria compagnia di assicurazione

Nome e indirizzo del responsabile dell'incidente

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

**Oggetto: Incidente stradale del ..... Responsabile targa .....**  
**Assicurazione ..... Polizza n. ....**

Con la presente, formulata ai sensi e per gli effetti dell'art. 149 del D. Lgs 209/2005, io sottoscritto ....., residente in ....., codice fiscale ....., richiedo il risarcimento dei danni riportati dal veicolo ..... (tipo e targa) di mia proprietà nell'incidente stradale in oggetto, avvenuto per fatto e colpa esclusivi del conducente del veicolo targa ....., assicurato con la compagnia ....., come da modulo di denuncia che allego. Intervenivano sul luogo ..... (indicare eventuali autorità) ed erano presenti quali testi ..... (indicare le generalità).

Il veicolo di mia proprietà resta a Vostra disposizione, previo contatto telefonico al numero ....., per l'accertamento dei danni per 5 giorni lavorativi consecutivi dal ricevimento della presente, in orario ..... (indicare ore), presso ..... (indicare luogo) dopo di che provvederò senz'altro preavviso a far eseguire le riparazioni.

*In caso di lesioni fisiche aggiungere questa frase:*

Comunico, inoltre, che nell'incidente ho riportato le lesioni di cui ai certificati medici allegati e per le quali mi riservo ulteriori controlli e cure mediche del cui esito Vi terrò informati. Vi informo comunque sin d'ora che, a seguito dell'incidente, sono stato ricoverato a ..... per giorni ....., e successivamente in malattia dal ..... al ..... (precisare il più possibile diagnosi e prognosi). Ho subito i danni alla persona indicati nella relazione medico legale che si acclude *oppure* che mi riservo di inoltrarvi, unitamente alla fattura del medico che ha provveduto alla redazione della stessa.

Preciso di svolgere l'attività di ....., di avere un reddito annuo di euro ..... e di avere diritto *oppure* di non avere diritto a prestazioni da parte di enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (*per esempio INPS o INAIL*).

In caso di mancato o negativo riscontro entro i termini di legge, intraprenderò ogni azione necessaria alla tutela dei miei diritti.

Distinti saluti.

*Firma del danneggiato*

Si allegano:

- modulo di denuncia;
- copia di certificati medici, cartella clinica, certificato di avvenuta guarigione clinica (*solo in caso di lesioni e se già disponibili*);
- relazione del medico legale di parte e fattura del medico (*se disponibile*).



---

## **Modello 21** Rc auto – Richiesta di risarcimento al responsabile – Procedura ordinaria

---

Mittente:

Nome e indirizzo del danneggiato

Spedire a:

Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni del responsabile dell'incidente

Nome e indirizzo del responsabile dell'incidente

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

**Oggetto: Incidente stradale del ..... Vostro assicurato ..... Targa veicolo .....**  
**Polizza n. .... (se si conosce)**

Con la presente, formulata ai sensi e per gli effetti dell'art. 148 del D. Lgs 209/2005, io sottoscritto ....., residente in ....., codice fiscale ..... richiedo il risarcimento dei danni riportati dal veicolo ..... (tipo e targa) di mia proprietà nell'incidente stradale in oggetto, avvenuto per fatto e colpa esclusivi del conducente del veicolo Vostro assicurato, come da modulo di denuncia che allego. Intervenivano sul luogo ..... (indicare eventuali autorità) ed erano presenti quali testi ..... (indicare le generalità).

Il veicolo di mia proprietà resta a Vostra disposizione, previo contatto telefonico al numero ....., per l'accertamento dei danni per 5 giorni lavorativi consecutivi dal ricevimento della presente, in orario ..... (indicare ore), presso ..... (indicare luogo), dopo di che provvederò senz'altro preavviso a far eseguire le riparazioni.

*In caso di lesioni fisiche aggiungere questa frase:*

Comunico, inoltre, che nell'incidente ho riportato le lesioni di cui ai certificati medici allegati e per le quali mi riservo ulteriori controlli e cure mediche del cui esito Vi terrò informati. Vi informo comunque sin d'ora che a seguito dell'incidente sono stato ricoverato a ..... per giorni ....., e successivamente in malattia dal ..... al ..... (precisare il più possibile diagnosi e prognosi).

Preciso di svolgere l'attività di ....., di avere un reddito annuo di euro ..... e di avere diritto *oppure* di non avere diritto a prestazioni da parte di enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (*per esempio INPS o INAIL*).

In caso di mancato o negativo riscontro entro i termini di legge, intraprenderò ogni azione necessaria alla tutela dei miei diritti.

Distinti saluti.

*Firma del danneggiato*

Si allegano:

- modulo di denuncia;
- copia di certificati medici, cartella clinica, certificato di avvenuta guarigione clinica (*solo in caso di lesioni e se già disponibili*).

---

## **Modello 22** Rc auto – Richiesta di risarcimento del terzo trasportato

---

Mittente:

Nome e indirizzo del danneggiato

Spedire a:

Nome e indirizzo della compagnia di assicurazione del veicolo sul quale si viaggiava

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

**Oggetto: Incidente stradale del ..... Vostro assicurato ..... Targa veicolo .....  
Polizza n. ....**

Con la presente, formulata ai sensi degli artt. 141 e seguenti del D. Lgs 209/2005, io sottoscritto ....., residente in ....., codice fiscale ....., richiedo il risarcimento dei danni da me subito quale trasportato sul veicolo ..... (*tipo e targa*) Vostro assicurato nell'incidente stradale in oggetto. Erano presenti quali testi (*indicare le generalità*).

Ho riportato le lesioni di cui ai certificati medici allegati e per le quali mi riservo ulteriori cure del cui esito Vi terrò informati. A seguito dell'incidente sono stato ricoverato a ..... per giorni ....., e successivamente in malattia dal ..... al .....

Ho subito inoltre i seguenti danni alle cose .....

Preciso di svolgere l'attività di ....., di avere un reddito annuo di euro ..... e di avere diritto *oppure* di non avere diritto a prestazioni da parte di enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (*per esempio INPS o INAIL*).

Attendo riscontro entro i termini di legge.

Distinti saluti.

*Firma del danneggiato*

Si allegano copia di certificati medici e certificato di avvenuta guarigione clinica (*se già disponibile*).

## **Modello 23** Rc auto – Denuncia all’IVASS dei ritardi della compagnia

---

Mittente:

Nome e indirizzo del danneggiato

Spedire a:  
Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni IVASS  
Via del Quirinale 21  
00187 Roma

*p.c. denominazione e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Sinistro stradale del ..... n. .... – Segnalazione mancato rispetto dei termini di pagamento da parte della compagnia .....**

A seguito del sinistro in oggetto, in data ..... ho provveduto a inoltrare richiesta di risarcimento danni alla compagnia di assicurazioni ..... come da mia raccomandata a.r. di cui Vi allego copia.

Intendo segnalareVi a mezzo della presente che:

- l’offerta di risarcimento del danno, che doveva avvenire entro 30 giorni dalla mia richiesta, trattandosi di soli danni materiali ed essendo stato il modello di denuncia sottoscritto anche dall’altro conducente, mi è pervenuta solo in data ..... (oppure a oggi non mi è ancora pervenuta);

*oppure*

- l’offerta di risarcimento del danno, che doveva avvenire entro 60 giorni dalla mia richiesta, non essendosi verificate invalidità permanenti, mi è pervenuta solo in data ..... (oppure a oggi non mi è ancora pervenuta);

*oppure*

- l'offerta di risarcimento del danno fisico, che doveva avvenire entro 90 giorni dalla ricezione del certificato di guarigione clinica e di ogni altra documentazione necessaria da me trasmessa, mi è pervenuta solo in data ..... (oppure a oggi non mi è ancora pervenuta);

*inoltre/oppure*

- il pagamento della somma offerta che con mia del ....., di cui allego copia, avevo dichiarato di accettare (oppure di non accettare) che doveva comunque avvenire entro 15 giorni (per l'indennizzo diretto) oppure entro 30 giorni (per la procedura ordinaria) dalla mia comunicazione è stato effettuato solo in data ..... (oppure a oggi non è stato ancora effettuato).

Quanto sopra Vi comunico affinché provvediate ad assumere i provvedimenti di Vostra competenza.

Distinti saluti.

*Firma del danneggiato*

Si allegano:

- copia raccomandata a.r. o pec del .....
- copia comunicazione accettazione (oppure non accettazione) somma offerta.

## **Modello 24** Polizza furto/incendio auto/kasko – Denuncia di sinistro e richiesta di indennizzo

---

Mittente:  
Nome e indirizzo

Spedire a:  
Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

Luogo e data

### **Oggetto: Polizza n. .... – Denuncia di sinistro**

Comunico a tutti gli effetti previsti dalla polizza di cui sopra che la mia autovettura ..... (tipo e targa) in data ..... è stata rubata *oppure* è stata oggetto di un tentativo di furto *oppure* si è incendiata *oppure* è rimasta coinvolta in un incidente stradale ..... (descrivere la dinamica dell'incidente) *oppure* è stata danneggiata da ignoti.

Allego copia della denuncia presentata alle autorità (se esiste), riservandomi in seguito di inoltrarVi i documenti necessari per la liquidazione dell'indennizzo contrattualmente dovuto (eventualmente aggiungere: precisandoVi che la vettura è a Vostra disposizione per l'accertamento dei danni presso il mio domicilio *oppure* l'officina ..... dove il Vostro perito potrà esaminarla).

In attesa di sollecito riscontro, porgo distinti saluti.

Firma

Si allega: copia denuncia.

## **Modello 25** Polizza vita – Revoca della proposta

La revoca della proposta può essere fatta fino a quando si ha conoscenza dell'accettazione da parte dell'assicuratore.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo del firmatario della proposta*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Revoca della proposta polizza vita del .....**

A seguito della proposta da me sottoscritta in data ..... relativamente alla polizza vita ..... (*eventualmente denominazione e n. della polizza*), a mezzo della presente Vi comunico la revoca della proposta stessa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209 /2005).

*Se sono state anticipate somme, aggiungere eventualmente:*

Vi invito, pertanto, a volermi restituire le somme da me versateVi, entro 30 giorni dal ricevimento della presente.

Con riserva di ogni diritto.

Distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 26** Polizza vita – Recesso dal contratto

---

Il recesso può essere esercitato entro 30 giorni da quando si ha conoscenza dell'accettazione da parte dell'assicuratore. L'assicuratore può trattenere le spese indicate nella proposta e la quota di premio corrispondente al periodo goduto.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Recesso polizza vita n. ....**

A seguito della proposta da me sottoscritta in data ..... relativamente alla polizza vita ..... (eventualmente *denominazione e n. della polizza*) e alla successiva Vostra accettazione pervenuta in data ..... (*oppure nel caso la polizza sia stata emessa immediatamente: A seguito della stipula della polizza n. .... avvenuta in data .....*), a mezzo della presente Vi comunico il mio recesso dal contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 177 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/2005).

*Se sono state anticipate somme, aggiungere eventualmente:*

Vi invito, pertanto, a volermi restituire le somme da me versateVi entro 30 giorni dal ricevimento della presente.

Con riserva di ogni diritto.

Distinti saluti.

*Firma*



## **Modello 27** Polizza vita – Richiesta di riduzione

Avete stipulato da qualche tempo una polizza vita (di quelle che danno alla scadenza un capitale o una rendita). Vi trovate ora in un momento di grosse difficoltà finanziarie e poiché l'importo dei premi della polizza vita è molto elevato, decidete di non potervela più permettere. La polizza vita, in linea generale e nei limiti di quanto previsto dal contratto può darvi tre possibilità: il riscatto della polizza; la sospensione e successiva riattivazione o, infine, la riduzione della somma assicurata. Se scegliete quest'ultima soluzione, inviate alla compagnia questa lettera, grazie alla quale, nonostante abbiate interrotto i pagamenti dei premi, la vostra polizza rimarrà in vigore per il valore ridotto.

*Mittente:*  
*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*  
*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Riduzione della polizza vita n. .... Contraente Sig. ....**

Con la presente sono a chiederVi la riduzione della polizza vita n. ...., stipulata il ....., ai sensi degli artt. 1924 e 1925 del Codice Civile e dell'art. .... delle Vostre condizioni generali di contratto, nella misura di euro ..... annue pari alle somme fino a oggi versate.

Vi invito a volermi aggiornare, per la residua durata del contratto, sul valore del capitale ridotto.

Distinti saluti.

*Firma*

## **Modello 28** Polizza vita – Richiesta di riscatto

---

Il riscatto è possibile solo se avete pagato un numero minimo di annualità di premio previste dal contratto. Nei primi anni, vi verranno restituiti solo in parte i premi pagati. In genere non è conveniente. In alternativa potete chiedere la riduzione o la riattivazione.

*Mittente:*

*Nome e indirizzo*

*Spedire a:*

*Nome e indirizzo della compagnia di assicurazioni*

Raccomandata con avviso di ricevimento o pec

*Luogo e data*

**Oggetto: Riscatto della polizza vita n. .... Contraente Sig. ....**

Comunico che è mia intenzione avvalermi del diritto di riscatto della polizza in oggetto.

Vi invito, pertanto, a provvedere, entro 30 giorni dal ricevimento della presente, al pagamento della somma dovutami, preavvisando che, in caso di mancato riscontro o di ingiustificato ritardo, provvederò a tutelare i miei interessi nel modo che riterrò più opportuno.

Distinti saluti.

*Firma*

# Indice analitico

## A

Abitazione, 71-73, 77, 80, 81, 83, 87, 169  
Accertamenti, 39, 51, 65, 68, 75, 112, 114, 122, 139  
Accettazione, 17, 19, 20, 134-136, 139, 181, 183, 184  
Acqua, 73, 74, 79, 80  
Agente, 38  
Agevolazioni fiscali, 69, 147, 152  
ANIA, 114, 117, 119, 144  
Anticipo, *vedi* Prestiti  
Arbitrato, 42, 62  
Assicurazione, *vedi* Polizza  
Assistenza  
    per l'abitazione, 87  
    polizze, 86, 87  
    sanitaria, 86  
Attestato di rischio, 99, 101, 105  
Atti vandalici, 123, 127  
Atto di quietanza, 28, 34, 35, 54, 114, 164  
Auto, *vedi* Rc auto  
Autorità Giudiziaria, 41, 90

## B

Banche, 15, 38, 85,  
Beneficiario, 17, 18, 59, 61, 69, 70, 136, 137, 139, 141, 143, 146-148

Bonus/malus, 98-102  
Broker, 15, 16, 19, 38

## C

Carrozziere, 112, 119  
Capitale, 31, 35, 53, 59, 61, 66, 67, 81-83, 129, 133-135, 137, 140-143, 147-150, 152, 153, 185  
Caricamenti, 26, 135, 148, 149  
Carta Verde, 94, 117  
Casa, *vedi* Abitazione  
Caso morte, *vedi* Polizza caso morte  
Caso vita, *vedi* Polizza vita  
Centrale operativa, 87  
Classi di merito, 98-106, 117  
Colpa grave, 22, 23, 50, 64, 78  
Conciliazione, 40, 41, 114  
CONSAP, 16, 18, 19, 49, 104, 105, 115, 117, 144, 174  
CONSOB, 40, 150  
Condizioni contrattuali, 31-33, 37, 48, 50, 63, 84, 96, 138, 139  
Contestazioni, 16, 39, 40, 56, 64, 75, 81, 90, 91, 114, 118, 129, 163, 166, 172  
Contraente, 17, 20, 62, 84, 96, 105, 136-142, 146, 151, 153, 156, 157, 160, 164, 185, 186

Contratto  
 durata, 26, 27, 29-31, 47-49, 57, 70, 88,  
 105, 107, 135, 136, 138, 141-143, 185  
 poliennale, 49, 163  
 Controversie, 18, 40-42, 88-90, 114, 117, 150,  
 156, 167  
 COVIP, 40, 151  
 Cristalli, 80, 128

## D

Danni, *vedi* Polizze  
 Denuncia  
 all'IVASS, *vedi* IVASS  
 del sinistro, 50, 51, 59, 61, 67, 75, 77,  
 109, 112, 128, 129, 147, 159, 165-167,  
 175-178, 182  
 Detrazioni, 57, 62, 67, 69, 147  
 Diaria, 58, 61, 66  
 Diritto di ripensamento, *vedi*  
 Ripensamento  
 Disdetta, 26, 48, 49, 96, 123, 163  
 Dolo, 22, 23, 49, 50, 64, 78, 91, 124, 146

## E

Esclusioni, 57, 63, 66, 78, 80, 89, 93, 94,  
 135, 146, 141, 149  
 Estinzione, 85, 86, 171  
 Eventi atmosferici, 123, 128  
 Età, 20, 27, 57, 64, 68, 69, 95, 120

## F

Famiglia, 35, 59, 71, 88, 89  
 Fascicolo informativo, 63, 133, 152  
 Finanziaria, 84, 85, 150, 170, 171  
 Fondo di garanzia per le vittime  
 della strada, 96, 107, 115  
 Franchigia, 19, 53, 54, 57, 58, 61, 65-67,  
 72, 74, 75, 98-100, 115, 130  
 Furto, 13, 19, 32, 41, 49, 50, 53, 77, 78,  
 81, 83, 84, 92, 96, 97, 102, 103, 107,  
 123-125, 127-130, 158, 169, 182

## G-I

Garanzia, *vedi* Polizza  
 Incendio, 22, 25, 73, 78, 80, 81, 83, 84,  
 96, 97, 123, 125-127, 158, 182  
 Incidenti, 24-26, 28, 35, 41, 42, 54-56,  
 58, 60, 61, 91-101, 104, 107, 109-113,  
 115-117, 119, 121, 125-127, 146, 175,  
 177, 179, 182  
 Indennità, 66-68, 111, 121  
 Indennizzo, 14, 18, 19, 22, 25, 37, 38, 50,  
 51-54, 56-64, 67, 68, 81, 83, 84, 101,

104, 110, 111, 113, 117, 118, 124-130,  
 135, 146, 165, 166, 174, 175, 181, 182  
 diretto, 104, 110, 111, 113, 118, 126,  
 174, 175, 181  
 Indicizzazione, 28, 138, 151  
 Infortunio, 13, 35, 55-65, 86, 153,  
 165, 166  
 del conducente, 125  
 sul lavoro, 59, 73, 111  
 Inabilità temporanea, 56, 58, 59, 61, 121  
 Invalidità permanente, 53, 56, 58-60, 62,  
 66, 67, 115, 119-121, 152  
 Intermediari, 14-16, 18, 20, 21, 26, 32,  
 37-40, 51, 85, 86, 96, 105, 150, 156  
 ISVAP, *vedi* IVASS  
 IVASS, 13, 15, 18, 19, 32, 38-40, 49,  
 54, 64, 85, 95, 97, 101, 103, 114-116,  
 150, 151, 156, 160-162, 158-160, 172,  
 173, 180

## K-L

Kasko, 97, 123, 126, 182  
 Liquidazione, 14, 52, 54, 67, 68, 80, 84,  
 103, 104, 115, 117, 118, 121, 124, 147,  
 149, 153, 159, 165, 173, 182  
 coatta amministrativa, 14, 103, 115  
 Long term care, 68-70

## M

Malattia, 17, 22, 26, 42, 47, 49, 55, 62, 63,  
 65-68, 86, 87, 111, 153, 165, 166, 175, 177  
 Massimale, 33, 70, 73, 74, 77, 81, 83, 87,  
 90, 95, 113, 115, 126, 127  
 Mediazione, 40, 41  
 Modulo blu, 109, 110, 112  
 Morte, *vedi* Polizza caso morte  
 Mutui, 171, 84-86, 170, 171

## N-O

Nota informativa, 31, 38, 94, 133  
 Obblighi  
 dell'assicurato, 50, 82  
 degli intermediari, 16  
 Oggetto del contratto, 69, 136

## P

Periodo di carenza, 62, 68, 89, 90, 146  
 Perito, 34, 42, 51, 52, 63, 81, 84, 112, 118,  
 119, 129, 182  
 Piani individuali pensionistici, 151  
 Polizze  
 caso morte, 133, 135, 140, 141,  
 145-148, 153

- collettive, 56  
 complementari, 15, 153, 154  
 danni, 14, 27, 28, 35, 47, 48, 159, 163  
 del capofamiglia, 72  
 di assistenza, *vedi* Assistenza  
 di tutela giudiziaria, 71, 88, 126  
 contro l'incendio, *vedi* Incendio  
 contro la perdita dell'autosufficienza,  
 68-70  
 contro le malattie, *vedi* Malattia  
 furto, *vedi* Furto  
 index linked, 150  
 infortuni, *vedi* Infortuni  
 miste, 133, 153  
 online, 21  
 responsabilità civile, *vedi*  
 Responsabilità civile  
 responsabilità civile da circolazione,  
*vedi* Rc auto  
 rivalutabili, 137, 142, 148  
 telefoniche, 21  
 unit linked, 150, 151  
 vita, 14, 16, 17, 19-21, 26, 27, 29,  
 31, 35, 40, 68, 69, 85, 134, 135, 137,  
 138, 141, 144, 146, 148, 149, 157,  
 159, 183-186
- Premio**  
 indicizzazione, 28, 138, 151  
 mancato pagamento, 30, 39, 138, 139  
 pagamento, 16, 17, 19, 26-31, 34, 47, 56,  
 70, 95, 96, 138-141, 157  
 recupero, 29  
 restituzione, 64, 93, 106, 135, 136, 150,  
 170, 171
- Prescrizione**, 29, 35, 76, 77, 114, 144,  
 159, 168
- Prestito**, 84, 85, 141, 142, 170, 171
- Procedura di conciliazione**,  
*vedi* Conciliazione
- Proposta**, 17, 19, 20, 33, 54, 56, 63,  
 134-136, 170, 172, 183, 184
- Provvigione**, 15, 16, 27, 85
- R**
- Rapina**, 77, 124, 128, 146
- Rc auto**, 14, 15, 19, 24, 26-29, 35, 39-41, 48,  
 62, 64, 86, 88, 91-98, 106, 107, 109, 114,  
 123, 126, 159, 163, 172-175, 177, 179, 180
- Recesso**, 20, 21, 24, 25, 48, 49, 64, 69, 85,  
 136, 138, 157, 170, 184
- Rendimenti**, 134, 142, 148-153
- Rendita**, 26, 69, 70, 133, 134, 142-144,  
 147, 148, 151-153, 185
- Responsabilità civile**, 24, 35, 50, 56, 71,  
 73, 74, 77, 91, 123, 167, 168
- Revoca**, 18, 130, 183
- Riattivazione**, 27, 29, 107, 138-140,  
 185, 186
- Riduzione**, 26, 120, 124, 127, 134, 135,  
 138-141, 147, 151, 152, 158, 185, 186
- Rimborso delle spese**, 24, 65, 66, 70, 86,  
 88-90, 92, 119, 125, 126, 165
- Riparazioni**, 71, 79, 112, 118, 119, 127, 129,  
 169, 175, 177
- Ripensamento**, 21, 157
- Risarcimento**, 17, 19, 21, 34, 35, 39, 47,  
 49-52, 56, 58, 61, 71-77, 80, 82, 87,  
 91-93, 104, 105, 107, 109-122, 124,  
 125, 128, 129, 156, 159, 168, 175,  
 177, 179-181
- Riscatto**, 17, 134, 138-141, 147-152, 174,  
 185, 186
- Rischio**  
 aggravamento, 25, 158  
 cessazione, 25, 27, 158  
 descrizione, 20, 21, 31, 93, 135  
 diminuzione, 26, 158  
 locativo, 80  
 professionale, 56, 146
- Rivalse**, 17, 93, 94, 98
- S**
- Scoperto**, 53, 54, 57, 65, 130
- Sospensione**, 27, 31, 107, 140, 185
- Spese sanitarie**, 57, 65
- Sinistro**, 14, 18, 21, 23, 24, 27, 29, 33-35,  
 37, 38, 41, 49-54, 58, 59, 61, 63, 64, 67,  
 75, 82-84, 90, 93, 95, 97-105, 109, 110,  
 112-114, 116-119, 121, 127-129, 159,  
 161, 162, 164-169, 173, 174, 180, 182
- T**
- Tacito rinnovo**, 29, 48, 96, 123, 163
- Tariffa**, 96-100  
 bonus/malus, *vedi* Bonus/malus  
 con franchigia, 99  
 fissa, 98
- Termine di tolleranza**, 28-30, 91, 95, 96,  
 138, 139
- Trasformazione**, 142
- V**
- Valore**  
 a nuovo, 81-83  
 assicurato, 33  
 commerciale, 19, 84, 124

dei beni, 34, 81  
dei risarcimenti, 120  
del capitale, 185  
di mercato, 34, 83  
di riscatto, 134, 140, 141, 151  
intero, 81, 83, 84  
non dichiarato, 34  
Vantaggi fiscali, 62  
Vendita  
  dell'auto, 102, 106  
  della cosa assicurata, 25  
Verifiche, 17, 38, 75  
Vertenze, 41, 89, 168  
Visita medica, 22, 57, 129, 131,  
  140, 141  
Vita, *vedi* Polizza vita

# Indice dei modelli

<b><u>Modello 1</u></b>	Reclamo per inadeguatezza della polizza .....	156
<b><u>Modello 2</u></b>	Recesso dal contratto stipulato a distanza.....	157
<b><u>Modello 3</u></b>	Comunicazione di cessazione, aggravamento o diminuzione del rischio .....	158
<b><u>Modello 4</u></b>	Prescrizione: come interromperla .....	159
<b><u>Modello 5</u></b>	Richiesta di informazioni .....	160
<b><u>Modello 6</u></b>	Reclamo alla compagnia .....	161
<b><u>Modello 7</u></b>	Reclamo all'IVASS .....	162
<b><u>Modello 8</u></b>	Disdetta del contratto di assicurazione .....	163
<b><u>Modello 9</u></b>	Comunicazione di incasso della somma offerta dalla compagnia a titolo di acconto .....	164
<b><u>Modello 10</u></b>	Polizza infortuni e polizza malattia – Denuncia di sinistro/Richiesta di indennizzo .....	165
<b><u>Modello 11</u></b>	Polizza infortuni e polizza malattia – Contestazione di indennizzo/Richiesta di nomina di un collegio medico .....	166
<b><u>Modello 12</u></b>	Polizza responsabilità civile – Denuncia di sinistro dell'assicurato .....	167
<b><u>Modello 13</u></b>	Polizza responsabilità civile – Evitare la prescrizione nei confronti dell'assicurazione .....	168
<b><u>Modello 14</u></b>	Polizza abitazione – Denuncia di sinistro .....	169
<b><u>Modello 15</u></b>	Polizze connesse a mutui o finanziamenti – Recesso e comunicazione polizza in sostituzione .....	170
<b><u>Modello 16</u></b>	Polizze connesse a mutui o finanziamenti – Richiesta rimborso o trasferimento premio .....	171

<b><u>Modello 17</u></b>	Rc auto – Contestazione per la mancata comunicazione delle condizioni di rinnovo .....	172
<b><u>Modello 18</u></b>	Rc auto – Accesso ai documenti relativi alla liquidazione di un sinistro .....	173
<b><u>Modello 19</u></b>	Rc auto – Richiesta di comunicazione dell’ammontare delle somme liquidate a seguito di un sinistro .....	174
<b><u>Modello 20</u></b>	Rc auto – Richiesta di risarcimento – Indennizzo diretto .....	175
<b><u>Modello 21</u></b>	Rc auto – Richiesta di risarcimento al responsabile – Procedura ordinaria .....	177
<b><u>Modello 22</u></b>	Rc auto – Richiesta di risarcimento del terzo trasportato .....	179
<b><u>Modello 23</u></b>	Rc auto – Denuncia all’IVASS dei ritardi della compagnia .....	180
<b><u>Modello 24</u></b>	Polizza furto/incendio auto/kasko – Denuncia di sinistro e richiesta di indennizzo .....	182
<b><u>Modello 25</u></b>	Polizza vita – Revoca della proposta .....	183
<b><u>Modello 26</u></b>	Polizza vita – Recesso dal contratto .....	184
<b><u>Modello 27</u></b>	Polizza vita – Richiesta di riduzione .....	185
<b><u>Modello 28</u></b>	Polizza vita – Richiesta di riscatto .....	186



# ASSICURAZIONI

COME, QUANDO, PERCHÉ

Stipulare un'assicurazione implica la necessità di leggere documenti complessi e prendere decisioni a volte difficili. Questa guida vi offre un aiuto diretto e pratico per comprendere i contenuti reali delle polizze più diffuse, e per cercare di gestire, in modo semplice e autonomo, le eventuali fasi di conflitto con le compagnie di assicurazione.

Consigli, esempi pratici e modelli di lettera, vi aiuteranno a individuare il prodotto assicurativo più adatto alle vostre esigenze, a comunicare nella maniera più corretta con la vostra assicurazione e a far valere i vostri diritti.

## AL SUO INTERNO

- Ampia panoramica sui prodotti assicurativi e sui dettagli cui prestare maggiore attenzione
- Suggerimenti sui comportamenti da tenere nei confronti delle compagnie
- Modelli di lettera utili per difendersi in caso di problemi e contestazioni

Tutte le altre guide InPratica di Altroconsumo su

[www.altroconsumo.it/inpratica](http://www.altroconsumo.it/inpratica)