

LE ASSICURAZIONI

L'assicurazione, così come definita dal diritto in Italia, è una specifica tipologia di contratto in cui i protagonisti sono due soggetti, l'assicuratore e l'assicurato. Con la sottoscrizione della polizza assicurativa, l'assicuratore è tenuto, in base a limiti concordati, a rimborsare all'assicurato un danno che quest'ultimo abbia subito oppure a pagare una somma o una rendita nel momento in cui si verificano determinati eventi e/o circostanze definiti nel contratto stesso. L'assicurato da parte sua è tenuto invece al pagamento di una somma, detta premio, senza cui l'assicurazione non ha effetto nonché ad adottare comportamenti diligenti per evitare i sinistri e a informare l'assicuratore dell'avvenuto incidente entro tre giorni o comunque entro il termine definito nell'accordo).

Nella macrocategoria delle assicurazioni si possono distinguere specifiche tipologie di polizze riferite a diversi temi, avvenimenti e circostanze. Di seguito le caratteristiche delle assicurazioni più comuni.

1. Assicurazione sulla vita

La polizza vita è una forma di assicurazione che scatta al verificarsi di un evento attinente la vita di una persona. Questo genere di assicurazione può rappresentare una forma di protezione dai rischi legati a una malattia o a una morte prematura o, diversamente, un'opportunità di investimento.

Nell'ambito dell'assicurazione sulla vita, sono coinvolti quattro soggetti: impresa assicuratrice, contraente, assicurato e beneficiario.

- L'impresa assicuratrice è la società che riceve da parte del contraente il pagamento del premio, eventualmente attraverso un intermediario da essa abilitato, a fronte dell'impegno a corrispondere la prestazione assicurata nei termini previsti dal contratto;
 - Il contraente è il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, assume l'obbligo di pagamento del premio nei confronti della compagnia di assicurazione ed ha la facoltà di esercitare tutti i diritti propri del contratto;
 - L'assicurato è il soggetto sulla cui vita è stipulato il contratto e sono calcolate le prestazioni assicurate; è, in altre parole, la persona dalla cui morte, sopravvivenza o altro evento assicurato deriva l'obbligo dell'impresa assicuratrice di pagare il capitale o la rendita assicurati;
 - Il beneficiario è il soggetto designato dal contraente a ricevere le somme assicurate qualora si verifichi l'evento assicurato, ovvero la persona titolare del diritto alla prestazione corrisposta dall'impresa assicuratrice. A seconda della tipologia contrattuale, la figura può essere distinta e articolata in funzione dell'evento assicurato, ad esempio può essere previsto che in riferimento alla prestazione assicurata alla scadenza contrattuale, in caso di sopravvivenza dell'assicurato il beneficiario sia un soggetto X, mentre in caso di premorienza la prestazione assicurata sia corrisposta agli eredi legittimi dello stesso soggetto X.
-

I soggetti di cui sopra, quindi, intervengono nella sottoscrizione e/o nell'esecuzione del contratto di assicurazione sulla vita che, come accennato, prevede il pagamento di un importo in denaro, detto premio: quest'ultimo è composto dal costo base per la copertura, dai caricamenti (quindi i costi di distribuzione e gestione delle polizze) e dai costi accessori per oneri amministrativi e fiscali. L'impresa assicuratrice può chiedere un sovrappremio per i prodotti di protezione in cui lo stato di salute dell'assicurato presenti maggior rischi rispetto a quelli ritenuti "ordinari" oppure nel caso in cui l'utente stesso svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose. Il contratto può prevedere il pagamento di un premio unico all'inizio del contratto e valido per l'intera durata della polizza o di premi periodici, che possono essere di ammontare costante o crescente in base alla regola descritta nelle condizioni contrattuali (premio annuo) oppure di ammontare variabile a discrezione del contraente entro i limiti indicati nel contratto (premio ricorrente). Generalmente è possibile corrispondere l'importo o gli importi con diverse modalità di pagamento: nel caso in cui venga prescritta una specifica modalità di pagamento, la compagnia è tenuta a specificarlo nella documentazione informativa: quest'ultima costituisce una parte fondamentale del contratto ed è buona norma esaminarla con molta attenzione prima della sottoscrizione. Questa documentazione può, almeno per alcuni aspetti, presentare caratteristiche differenti a seconda del prodotto scelto, tuttavia in linea generale nel fascicolo sono presenti una scheda sintetica e una nota informativa che consentono appunto all'utente di avere sia una visione di insieme del prodotto che di conoscerne i dettagli.

Almeno un mese prima della scadenza del contratto l'impresa deve inviare agli aventi diritto una comunicazione con la quale ricorda l'approssimarsi del termine stesso. Per ottenere la liquidazione, il beneficiario deve presentare richiesta di pagamento unitamente alla documentazione prevista dal contratto. Generalmente le condizioni di polizza fissano un termine di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria per liquidare il capitale o la rendita assicurati. Anche prima della scadenza, tuttavia, il cliente ha la facoltà di interrompere anticipatamente il rapporto assicurativo e di chiedere il cosiddetto riscatto della polizza, quindi di ottenere un capitale dall'impresa. E' inoltre possibile sospendere il pagamento dei premi annui mantenendo in vigore il contratto fino alla scadenza per un capitale proporzionalmente ridotto (riduzione) nonché riprendere poi il versamento degli importi dopo il periodo di sospensione (riattivazione). Le suindicate opzioni (riscatto, riduzione e riattivazione) sono regolate dalle condizioni contrattuali.

Nel quadro delle assicurazioni sulla vita è stato inoltre creato un prodotto con peculiari caratteristiche: la polizza vita multiramo. Si tratta di un prodotto che combina le polizze vita tradizionali con le polizze vita unit-linked, quindi quelle con garanzia finanziaria da parte dell'impresa con quelle in cui il rischio di investimento ricade sull'assicurato. A tale proposito è bene adottare particolari cautele, non solo esaminando nel dettaglio l'informativa precontrattuale ma anche valutando nel dettaglio

il livello di rischio che si è disposti a correre e i costi medi percentuali annui nonché prestando particolare attenzione alla terminologia impiegata nel fascicolo informativo, alle domande poste per la profilatura del cliente e all'eventuale presenza di meccanismi di riallocazione del capitale tra le due tipologie.

Come accennato, all'interno delle assicurazioni sulla vita è possibile distinguere differenti tipologie di prodotto a seconda della finalità con cui si stipula il contratto.

1.1 Risparmio o investimento

Le assicurazioni finalizzate al risparmio e/o all'investimento includono prodotti vita rivalutabili, prodotti di rendita vitalizia rivalutabili e prodotti finanziario-assicurativi. Le diverse tipologie possono anche essere accorpate in un prodotto unico detto "multiramo". Tali forme di assicurazione consentono di impiegare una somma o un piano di versamenti in una forma di risparmio (prodotti vita rivalutabili e capitalizzazione rivalutabile) o in una rendita integrativa (rendite vitalizie rivalutabili) caratterizzati dalla garanzia di rendimento minimo e, di norma, dal consolidamento dei rendimenti ottenuti, senza cioè la possibilità che il capitale rivalutato o l'importo della rendita assicurata possa diminuire. Si tratta, quindi, di prodotti di adatti agli utenti che non intendano assumere rischi finanziari, che preferiscano rendimenti contenuti ma garantiti o che intendano assicurare a sé o ad un altro soggetto (ad es. il coniuge o i figli in caso di rendita vitalizia reversibile) una rata di rendita che sarà erogata vita natural durante. Tali prodotti possono quindi essere adatti a scelte di risparmio intergenerazionale. A seconda della tipologia preferita, l'assicurazione finalizzata al risparmio può garantire il pagamento del capitale rivalutato al momento del decesso dell'assicurato, alla scadenza del contratto (con la possibilità di scegliere se il pagamento debba avvenire quando l'assicurato sia ancora in vita o quando sia deceduto) o in una data predeterminata o, ancora, il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile (con effetto immediato o partendo da una data futura concordata) a fronte del versamento di un premio da parte del cliente. Le assicurazioni dedicate all'investimento sono invece legate all'andamento dei mercati finanziari: il rendimento del capitale può essere legato all'andamento di fondi di investimento o indici e il cliente può versare un premio unico o annuo, concordandone l'importo in base alle proprie esigenze, nonché definire, sempre in accordo con l'impresa, la durata del contratto. Tali prodotti sono adatti a quanti preferiscano investire dinamicamente i propri risparmi, individuando le soluzioni di investimento più adatte alla propria propensione al rischio.

1.2 Protezione

Le tipologie dedicate alla protezione possono fare riferimento alla copertura del rischio di decesso, del rischio di malattie gravi o del rischio di perdita di autosufficienza.

Si tratta di forme di assicurazione atte a proteggersi dal verificarsi di determinate situazioni di rischio: morte, invalidità permanente, perdita di autosufficienza e malattie gravi. A fronte del versamento di

un premio da parte del cliente, l'impresa di assicurazione garantisce il pagamento di una prestazione (di norma un capitale, in alcuni casi una rendita), costante o decrescente, al verificarsi dell'evento assicurato (sinistro) nel corso della durata del contratto.

Generalmente l'unica prestazione è quella di copertura del rischio assicurato, senza quindi prevedere prestazioni quali il rimborso del capitale nel corso della durata contrattuale (il cosiddetto riscatto) o alla scadenza, quando il contratto si estingue.

La durata del contratto e la circostanza assicurata possono essere scelti dal cliente o anche determinati in funzione dell'importo del debito che l'utente stesso ha contratto con un mutuo o un prestito, coperto dall'assicurazione in questione. Tali forme di assicurazione di solito coprono rischi come decesso dell'assicurato, invalidità permanente, perdita di autosufficienza e insorgenza di gravi patologie. Considerando che la copertura di queste stesse forme assicurative scatta al verificarsi di un evento che non solo può compromettere la vita o comunque la salute dell'assicurato ma che finisce per condizionare la condizione economica del nucleo familiare – in particolar modo se l'evento si verifica prematuramente e inaspettatamente – un contratto di assicurazione di questo tipo è indicato per le famiglie o comunque per tutti quei soggetti la cui scomparsa o perdita dell'integrità fisica comporterebbe gravi conseguenze economiche anche nel contesto professionale e lavorativo.

1.3 Forme pensionistiche complementari

Le forme pensionistiche complementari prevedono che l'impresa di assicurazione, una volta ricevuti i versamenti da parte del cliente, destini questi stessi importi all'accumulo di una certa somma che, una volta maturati i requisiti pensionistici da parte dell'intestatario, verrà convertita, appunto in una pensione complementare. Per i lavoratori dipendenti, le fonti di contribuzione da destinare a questo utilizzo possono essere costituite, oltre che dal contributo volontario dell'aderente, dal TFR e dal contributo del datore di lavoro. Sono pertanto adatte a quanti ritengano necessaria, in prospettiva, un'integrazione della propria pensione futura: essendo incentivate fiscalmente dallo Stato, tali forme pensionistiche possono costituire un efficace investimento per un ampio numero di cittadini tuttavia, visto che l'importo medio delle pensioni tenderà verosimilmente a diminuire nel tempo, potranno risultare particolarmente utili ai lavoratori più giovani.

Le forme pensionistiche complementari possono configurarsi come Piani Individuali Pensionistici (PIP) o come fondi pensione aperti. I PIP, dedicati solo alle adesioni individuali, possono ricevere il contributo del lavoratore (per i lavoratori dipendenti è possibile destinare a questo fine il TFR e ricevere il contributo del datore di lavoro su base volontaria) possono essere investiti in gestioni assicurative separate a rendimento minimo garantito o in quote di fondi di investimento di vario tipo, anche suddividendo l'importo totale dei contributi tra diversi componenti in ragione dell'età dell'intestatario e del numero di anni mancanti al raggiungimento della pensione. I fondi pensione

aperti, invece, sono dedicati sia alle adesioni individuali che a quelle collettive, quindi oltre al contributo volontario del lavoratore e al TFR, quello del datore di lavoro così come definito all'interno dell'accordo collettivo. Per questa tipologia di fondo è possibile scegliere sia linee di investimento più prudenti e che quindi prevedono una garanzia di rendimento minimo, sia altre più rischiose, in base all'età dell'utente o della durata dell'adesione.

2. Assicurazione salute

L'assicurazione sulla salute presenta caratteristiche peculiari rispetto agli altri prodotti assicurativi, principalmente in ragione del fatto che a differenza delle polizze in cui l'oggetto della copertura è un bene materiale, in merito al quale è possibile prendere a riferimento valori noti di mercato per la determinazione della somma assicurata, il bene tutelato non può essere valutato secondo criteri oggettivi precisi. È possibile considerare la persona come produttrice di ricchezza, la sua vita e la sua integrità fisica come presupposti per l'ottenimento di beni economici, ma non è possibile dare dei contenuti economici certi a tali valutazioni. Il problema non si pone tanto nelle assicurazioni che prevedano il rimborso di determinate spese sanitarie, riportate su ricevute o fatture, quando quanto nelle forme indennitarie, nate invece con lo scopo di preservare quel reddito futuro che deriva dalla capacità lavorativa dell'individuo: ciò significa che la somma da assicurare dovrebbe corrispondere a quella necessaria a compensare la diminuzione del reddito conseguente alla diminuita capacità lavorativa. Considerando però che il futuro reddito connesso allo svolgimento della professione è incerto – poiché può essere sì stimato nel lungo periodo ma sulla base di previsioni che facilmente possono essere disattese e può inoltre essere influenzato da numerose variabili esterne – la determinazione del valore, quindi delle somme assicurate, è rimessa alla volontà delle parti. Sottoscrivendo un'assicurazione sulla salute si ha una copertura per tutte le malattie, cioè tutte le alterazioni dello stato di salute di un individuo, che presentino le caratteristiche della possibilità e della non volontarietà. Generalmente i contratti prevedono anche l'automatica copertura delle conseguenze di infortunio inteso come “ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”.

Nell'ambito di un'assicurazione sulla salute si fa riferimento all'oggettività della malattia attraverso la disciplina medica (esami, diagnosi, visite mediche, consulti e non una mera sensazione dell'assicurato senza una conferma clinico-diagnostica) e al suo stato “evolutivo”, ovvero il percorso della patologia da semplice insorgenza (alterazione in atto, ma non ancora evidente con sintomatologia o diagnosi effettuata) a manifestazione (che si ha attraverso sintomi o diagnosi), alla fase della cura ed infine a quella della convalescenza e degli eventuali postumi. Alcune malattie, inoltre, sono soggette a recidive, possono essere croniche o presentare una correlazione con altre patologie. Il rischio malattia pertanto rientra, pur con qualche limite specifico, nel tradizionale concetto assicurativo di

rischio e cioè di evento possibile, incerto e futuro. Per costituire l'oggetto di un contratto deve avvenire ovviamente una alterazione futura, nel senso che non è certo possibile assicurare una malattia già in atto. Alla luce di tali premesse, la sottoscrizione di un'assicurazione sulla salute richiede una specifica valutazione del rischio da entrambe le parti, assicuratore e assicurato, che avviene attraverso uno specifico questionario sanitario allegato alla polizza e finalizzato proprio a descrivere lo stato di salute dell'utente così come da lui stesso conosciuto: le domande riguardano eventuali malattie pregresse, situazioni patologiche, malformazioni, infortuni, invalidità, uso di farmaci, esiti di accertamenti diagnostici e fattori di ereditarietà. In seguito a quanto emerge dal questionario, l'impresa assicurativa consente la piena e totale assicurabilità (in assenza di patologie o nel caso di patologie che non influiscono sulla polizza, ad es. miopia) o, al contrario, prevedere escludere una patologia dalla polizza (nel caso di patologie con recidive e conseguenze, ad es. cisti e polipi) o prevedere una franchigia o una limitazione di indennizzo (nel caso di patologie con possibili frequenti ricorrenze, quali calcoli renali) o un aumento del premio (nel caso di patologia che potrebbe comportare maggior rischio, ad es. diabete e ipertensione) o ancora escludere del tutto l'assicurabilità del cliente, ad esempio in caso di patologie molto gravi (ad es. tumori). Da parte dell'assicurato, è poi fondamentale esaminare nel dettaglio i tempi previsti dal contratto per l'effettiva efficacia della polizza. Generalmente la garanzia diventa operativa in base alle seguenti tempistiche:

- Per gli infortuni: dal giorno del pagamento del premio;
- Per malattia insorta dopo la sottoscrizione: dopo 30 giorni (60 giorni per il caso di invalidità permanente);
- Per le malattie connesse a patologie non conosciute preesistenti al contratto oppure conosciute e dichiarate al momento della stipula: dopo 120/180 giorni
- Per il parto: dopo 270/300 giorni;
- Per l'aborto e le malattie di gravidanza: dopo 90/120 giorni per l'aborto.

Altrettanto scrupolosa deve poi essere l'analisi da parte dell'assicurato delle circostanze espressamente escluse dalla polizza sanitaria, tra cui le patologie preesistenti al contratto e tenute volutamente nascoste all'assicuratore, le cure necessarie in seguito a comportamenti dolosi da parte del cliente, le cure per correggere o eliminare difetti fisici o malformazioni congenite, cure e/o conseguenze di alcolismo, tossicodipendenza, uso di stupefacenti e allucinogeni, cure dentarie ed estetiche, infortuni connessi allo svolgimento di alcune attività sportive, procedure e/o interventi di fecondazione assistita e, in generale, qualsiasi evento connesso a comportamenti dolosi da parte dell'assicurato.

Anche nella macrocategoria delle assicurazioni sanitarie è possibile distinguere alcuni sottoinsiemi.

2.1 Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

In relazione alle spese ospedaliere e agli interventi chirurgici, questa tipologia di polizza può prevedere:

- Il rimborso del ricovero o intervento chirurgico presso una struttura privata per le spese sostenute durante il ricovero/intervento e nei giorni precedenti e successivi (generalmente tra i 60 ed i 120 giorni precedenti e post);
- Il rimborso di spese sostenute in proprio dall'assicurato nell'ambito di prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale ma non prestate da quest'ultimo (ad es. un ricovero in ospedale con trattamento differente rispetto allo standard ospedaliero pubblico);
- Il rimborso di grandi interventi, quindi con copertura completa ma limitatamente ad una specifica lista di interventi (ad es. intervento cardiocirurgico);
- Il rimborso con franchigia, quindi con copertura completa ma, appunto, con l'applicazione di una franchigia – che generalmente è compresa tra i 1.000 e i 3.000 euro – e/o di massimali.

Nonostante, come detto, ciascuna polizza possa presentare specifiche peculiarità, di norma si riscontra che in merito a spese ospedaliere e interventi chirurgici il rimborso comprende le rette di degenza, le spese per il ricovero e per l'equipe operatoria, le spese per il trasporto dell'assicurato al luogo di cura, le spese precedenti e post ricovero e/o intervento chirurgico e altre estensioni.

In relazione invece al rimborso di visite specialistiche ed esami diagnostici, alcune polizze coprono esami specialistici – di solito i più impegnativi dal punto di vista clinico e onerosi dal punto di vista economico – nonché visite ed esami di natura preventiva, sempre rispettando alcune condizioni (ad es. non più di un esame ogni anno).

2.2 Assicurazione indennitaria

L'assicurazione indennitaria è essenzialmente finalizzata al risarcimento del mancato guadagno derivante da un'assenza dell'assicurato dal lavoro in conseguenza di malattia e/o infortunio o anche all'erogazione di un sostegno forfettario per i maggiori costi di assistenza medica e di cura. Si tratta pertanto di una polizza di particolare rilievo per i lavoratori autonomi o comunque non dipendenti, sebbene ovviamente non sia escluso che anche i dipendenti, nonostante la copertura INPS e INAIL, possano in alcune circostanze aver bisogno di una copertura assicurativa privata. La forma di indennità più diffusa è l'indennità da ricovero, corrisposta dall'assicurazione per ciascun giorno di degenza ospedaliera in una misura prescelta dall'utente. E' possibile che il contratto preveda una franchigia in termini di giorni di degenza – in questo caso l'indennizzo all'assicurato corrisponderà al numero dei giorni di ricovero detratta la franchigia (generalmente sono esclusi il giorno del ricovero e il giorno della dimissione) – e l'applicazione di maggiorazioni per ricovero all'estero o in caso di interventi particolarmente gravi o complessi.

2.3 Assicurazione contro malattie gravi

In questo caso la protezione offerta dall'assicurazione riguarda danni economici derivanti dall'insorgenza di gravi patologie specificamente previste nel contratto, in seguito alle quali viene appunto pagata una somma predefinita. Quasi sempre tali polizze includono ictus cerebrale, cancro e infarto del miocardio, a cui spesso si aggiungono interventi di by pass aorto-coronarico, per insufficienza renale e di trapianto di organi. L'assicurazione contro le malattie gravi può altresì essere abbinata ad una copertura temporanea in caso di decesso. Le polizze per malattie gravi prevedono sempre un limite di età, sia minimo (18 anni) che massimo (può variare da 55 a 64 anni) e di norma escludono il pagamento delle prestazioni per i sinistri derivanti da eventi post traumatici, per malattia insorta prima della sottoscrizione del contratto e per decesso dell'assicurato entro 30 giorni dalla prima diagnosi della patologia grave. L'impresa assicurativa può riservarsi di non procedere al pagamento della somma assicurata, nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratica attività in una nazione non compresa in una determinata lista prevista nel contratto. In caso di polizza contro malattie gravi abbinata alla copertura tempora

2.4 Assicurazione per la perdita di autosufficienza (Long Term Care)

La copertura delle polizze per la perdita di autosufficienza, dette Long Term Care (LTC) è prevista in caso di perdita di autosufficienza nel compimento autonomo di funzioni e attività elementari della vita quotidiana - non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a senescenza - garantendo delle prestazioni in termini di servizi in natura o importi monetari forfettari. La maggior parte delle assicurazioni individua la perdita di autosufficienza nel caso in cui l'assicurato risulti incapace di svolgere in autonomia alcune attività elementari della vita quotidiana (ADL) come vestirsi e svestirsi, spostarsi, mantenere un buon livello di igiene personale e alimentarsi. Generalmente la perdita di autosufficienza è riconosciuta anche quando all'assicurato è diagnosticata una patologia nervosa o mentale di origine organica, come il morbo di Alzheimer o altre demenze invalidanti che comportano la perdita delle capacità mentali. Di norma la polizza LTC prevede l'erogazione di una rendita vitalizia a fronte del permanere, appunto, dello stato di non autosufficienza. Anche in questo caso sono previsti specifici limiti di età, pari di norma a 18 anni per quella minima e a 70 anni per quella massima. Oltre a non coprire situazioni patologiche dell'assicurato già esistenti o diagnosticate prima della sottoscrizione, le polizze LTC generalmente prevedono esclusioni analoghe a quelle specificate per le coperture temporanee in caso di morte, quindi attività dolosa dell'assicurato, partecipazione dell'assicurato ad eventi o atti di guerra o a tumulti popolari, malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso di stupefacenti, negligenza o imperizia del cliente nel seguire le indicazioni del medico, incidenti di volo (nel caso in cui l'assicurato viaggi su un volo non autorizzato e in qualsiasi circostanza se invece fa parte dell'equipaggio), tentato suicidio, eventi causati da armi nucleari, patologie nervose di origine non organica (ad es. depressione) e guida di veicoli/natanti per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato. All'elenco

delle esclusioni si aggiunge poi quasi sempre l'attività sportiva classificata come pericolosa (ad ex. paracadutismo, deltaplano, motonautica ecc.)

3. Assicurazione Responsabilità Civile Auto (R.C. Auto)

L'assicurazione R.C. auto è obbligatoria per legge per tutti i veicoli e copre l'eventualità in cui una persona provochi danni a persone o cose in un incidente stradale, quindi nel momento in cui è alla guida di un veicolo. A tale proposito è opportuno precisare che sono considerati circolanti anche i veicoli in sosta su strade di uso pubblico o su aree equiparate alle stesse, quindi anche nel caso in cui l'auto resti appunto parcheggiata in strada senza essere utilizzata, è comunque soggetta alla sottoscrizione dell'assicurazione. L'obbligo è stato introdotto presupponendo che il conducente abbia la responsabilità totale o parziale del danno e che sussista un rapporto di causa-effetto tra il fatto illecito (quindi l'azione che si configura come violazione del Codice della Strada) e il danno ingiusto provocato. In caso di scontro tra veicoli, si presume inoltre che tutti i conducenti dei mezzi coinvolti abbiano contribuito in eguale misura a provocare il danno, almeno fino a prova contraria, quindi salvo che non emergano diverse evidenze, ciascun conducente è tenuto a risarcire, in parte, i danni subiti dall'altro. L'obbligatorietà dell'assicurazione r.c. auto costituisce una forma di garanzia sociale, poiché tutela il diritto al risarcimento di chi subisce il danno. Rientrano nella copertura r.c. auto danni (fisici e materiali) causati a terzi non trasportati, i danni (fisici) dei trasportati a bordo del veicolo assicurato, i danni (materiali) dei trasportati a bordo del veicolo assicurato non responsabile. Il risarcimento del danno può essere parzialmente ridotto per il trasportato in caso di mancato uso delle cinture di sicurezza o mancato uso del casco o ancora per concorso di colpa del danneggiato. In caso poi di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di stupefacenti, di trasporto non conforme rispetto alle disposizioni riportate sulla carta di circolazione o di mancata abilitazione alla guida, per non aver conseguito la patente, è previsto che l'assicurazione risarcisca integralmente il terzo danneggiato ma poi si rivalga sull'assicurato. L'r.c. auto non copre invece i danni alle cose di coloro i quali non siano considerati terzi: il conducente del veicolo responsabile è considerato terzo mentre non sono ritenuti tali il proprietario, il conducente, il locatario in leasing, l'usufruttuario, l'acquirente con patto di riservato dominio, i soci a responsabilità limitata se l'assicurato è una società e i parenti dell'assicurato.

4. Assicurazione casa e famiglia

Le assicurazioni sulla casa e la famiglia rappresentano una forma di tutela sia per i danni all'abitazione che per l'integrità economica dell'intero nucleo familiare. Le polizze sono generalmente personalizzabili in base alle specifiche esigenze dell'assicurato; generalmente le garanzie di base includono incendio, furto e responsabilità civile verso terzi, eventualmente da integrare con ulteriori rischi (ad esempio danno da fenomeno elettrico) e/o con garanzie aggiuntive (come assistenza, tutela legale e infortuni).

È quindi possibile scegliere la copertura globale con tutte le opzioni della polizza multirischi, la co-

pertura parziale con le sole opzioni per le quali si ritiene necessario assicurarsi o la copertura limitata alle sole garanzie di base.

Il contratto, di durata annuale, si rinnova automaticamente salvo comunicazione di disdetta da trasmettere con lettera raccomandata con un anticipo stabilito nelle condizioni contrattuali (generalmente 30 o 60 giorni prima della scadenza). Le parti concordano l'importo e le modalità di pagamento nonché il tipo di rischio da assicurare: per definire questi elementi è importante che il cliente fornisca informazioni esaustive e complete sul rischio in questione, in modo tale da consentire la valutazione della gravità e dell'entità dello stesso. L'importo del premio – inteso come il prezzo che l'assicurato paga per “trasferire” questo stesso rischio alla compagnia – viene stabilito dall'impresa assicuratrice in base a vari fattori, tra cui l'entità dei massimali di rimborso assicurati (importo massimo della spesa che la compagnia di assicurazione si impegna a risarcire), i limiti d'indennizzo (franchigie e scoperti, ovvero la parte di danno che resta a carico dell'assicurato), la provincia di ubicazione (in particolare per il furto e per gli eventi catastrofali), il valore di ricostruzione a nuovo della casa e la tipologia dell'immobile (villetta o appartamento) nonché naturalmente dai rischi coperti.

Per la determinazione del premio è fondamentale stabilire in primis quale sia la somma assicurata, cioè l'importo per il quale la polizza copre uno o più beni nei confronti di una certa categoria di rischi. Il primo passo per definire la somma assicurata è costituito dalla scelta della forma di assicurazione, che nell'ambito delle polizze multirischio per la casa si divide in tre principali tipologie:

A – L'assicurazione a valore intero copre la totalità delle cose assicurate, quindi la somma assicurata deve corrispondere all'intero loro valore reale. Ciò significa che nel caso in cui il valore dei beni assicurati aumenti nel tempo rispetto a quello presunto al momento della stipula, il cliente è tenuto a variare le somme assicurate; è inoltre consigliabile effettuare tale aggiornamento anche nel caso in cui il valore dei beni assicurati invece diminuisca per evitare un inutile aggravio del premio.

B – L'assicurazione a primo rischio assoluto prevede una garanzia di copertura del danno fino al massimo della somma stabilita, indipendentemente dal reale valore complessivo delle cose assicurate.

C – L'assicurazione a primo rischio relativo è relativa solo al furto dei beni presenti all'interno dell'abitazione e, visto che i danni sono sicuramente minori rispetto al valore complessivo delle cose garantire, la somma assicurata può essere pari al massimo danno che il cliente ritiene di poter subire.

Nel momento in cui si verifica il sinistro, il cliente deve dimostrare prima di tutto che l'evento in questione rientri nelle eventualità previste dalla polizza e, più in generale, ottemperare agli obblighi previsti dal Codice Civile, tra cui denuncia all'autorità giudiziaria e distinta particolareggiata dei beni sottratti o danneggiati; una volta svolti gli accertamenti in merito all'effettiva copertura, l'impresa assicuratrice paga l'indennizzo di risarcimento in base appunto a quanto indicato in polizza. Per i danni al contenuto

della casa, le polizze a valore d'uso prevedono un indennizzo pari al valore dell'oggetto al momento del danno considerando la perdita di valore dovuta all'utilizzo, mentre le polizze a valore a nuovo prevedono un indennizzo pari al valore di riacquisto della cosa assicurata senza alcun deprezzamento, al netto del valore residuo delle cose assicurate solo danneggiate. L'indennizzo dei danni al fabbricato è stimato sulla base del valore di ricostruzione delle parti distrutte in modo analogo a quello con cui erano state costruite in precedenza, al netto del valore residuo delle parti solo danneggiate.

La struttura della polizza multirischio è composta, così come quella degli altri contratti di assicurazione, da due principali sezioni. Le condizioni generali di contratto sono le norme relative ai diritti e doveri delle parti, mentre le condizioni speciali riportano le norme pertinenti alle diverse garanzie, tra cui le esclusioni e le norme da applicare in caso di sinistro nonché le garanzie facoltative. Rientrano tra queste ultime i casi di incendio, catastrofi naturali (come terremoti e alluvioni), furto e responsabilità civile (per danni involontariamente arrecati a terzi legati alla proprietà dell'immobile assicurata e/o legati alla vita privata). Ulteriori integrazioni alla polizza possono inoltre riguardare la tutela legale (quindi a copertura di determinate spese legali), l'assistenza (con cui l'assicurato ha un servizio a domicilio sempre disponibile per l'abitazione e per il proprio nucleo familiare) e gli infortuni (con indennizzo relativo alle conseguenze di infortuni, appunto, accaduti nello svolgimento di attività fisica, nell'ambito della conduzione dell'abitazione, nel tempo libero o durante la circolazione dell'assicurato in qualità di pedone, passeggero o conducente).

Entrambe le parti possiedono il diritto di recedere dal contratto, esercitando tale facoltà non oltre il sessantesimo giorno da quello del pagamento dell'indennità o sinistro è stato altrimenti definito. Nel caso in cui il recesso venga esercitato da parte della compagnia, quest'ultima è tenuta a notificare la decisione con un preavviso di 30 giorni e a corrispondere il rimborso del premio netto non goduto, tasse escluse, sulle somme assicurate rimaste in essere.