



Questo test e il risultato di una vasta ricerca condotta da MICHELA BIANCHI, ricercatrice dell'UFFICIO STUDI VEGA. Lo studio, condotto sui dati direttamente forniti dalle compagnie, è stato commissionato dal MOVIMENTO CONSUMATORI, dopo le moltissime segnalazioni di protesta o le richieste di chiarimento pervenute dagli utenti. I punti toccati in quest'analisi comparativa non possono esaurire l'intricato mondo di queste polizze assicurative, ma certamente offrire dei criteri di confronto tra le varie proposte. Per queste ragioni - oltre che per le differenti esigenze che possono spingere gli utenti a scegliere una tra le molte polizze - non si offre, come avviene usualmente nei nostri test, un giudizio finale, ma solo una lunga serie di considerazioni e di regole da tenere l'occhio e valutare nella scelta.

LA COPERTURA

I limiti di tempo

La copertura, prevista da queste polizze, comprende le spese sostenute per visite ed esami effettuati dai sessanta ai novanta giorni prima e dopo il ricovero. Come si vede il presupposto fondamentale è l'ingresso in ospedale o in una casa di cura. Le malattie, anche gravi, che non comportano, quelle croniche, le piccole infermità e tutti gli accertamenti clinici elativi, restano totalmente scoperti, a meno di sottoscrivere clausole aggiuntive a costi molto elevati. Un limite importante è costituito, inoltre, dalla carenza: il "limbo temporale" in cui si rimane scoperti in particolari, ma abbastanza frequenti, casi. In generale si è assicurati per le malattie dopo trenta giorni dalla tipula (24 ore nel caso di infortuni), ma per le parti e tutte le malattie correlate a cui il termine si allunga a 270/300 giorni. Per le patologie correlate all'Aids, infine, se non si desidera essere sottoposti a est, il tempo di attesa perché entri in funzione la garanzia diviene di cinque anni.

LA COPERTURA OSCURA

La storia liquidativa

Michela Bianchi

Nell'ambito di una assicurazione sanitaria, la scelta della compagnia ha un'importanza molto rilevante. Ebbene, su quali elementi certi può oggi contare il consumatore? A chi può rivolgersi per conoscere la storia liquidativa della compagnia, cioè il comportamento tenuto nei confronti degli assicurati nel momento della denuncia del sinistro o nella fase di risarcimento? Non siete attualmente un servizio in grado di riformare gli utenti sull'effettiva capacità delle varie imprese di far fronte ai loro impegni nel momento del sinistro. Modi e tempi di risposta all'assicurato e di liquidazione, propensione a preferire la strada del contenzioso: tutti questi elementi, fondamentali per accordare fiducia a questa o quella compagnia, rimangono sconosciuti alla massa degli utenti. Per questo, insieme al Movimento Consumatori, l'Ufficio studi Vega sta provvedendo a una prima elementare raccolta di dati, collegando le informazioni provenienti da tre principali fonti: le cause giacenti presso il tribunale iniziando da Milano e Roma), i reclami pervenuti al Movimento Consumatori e quelli arrivati agli uffici reclami delle compagnie (le poche attrezzate per questo servizio) e all'Ufficio dell'Ania (l'associazione che raccoglie le imprese assicuratrici).

Test a cura di Michela Bianchi

Sempre più concreta, si rivela in questi anni, la facoltatività del sistema sanitario pubblico mentre si discute di progetti di passaggio a forme di assistenza indirette "all'americana", completamente disimpegnanti per lo Stato. La privatizzazione dell'assistenza sanitaria, intanto, anche in mancanza di leggi che ne determinino la nascita, è un fenomeno già presente nella nostra realtà.

Basti considerare che la spesa degli italiani per questi servizi nel 1990 è stata di 21.691 miliardi di lire contro i 74.368 pagati dallo Stato. Abbiamo provveduto da soli per quasi un terzo dei costi sanitari e, nel frattempo, è aumentato il volume di mercato delle assicurazioni private, quelle che dovrebbero integrare le carenze delle prestazioni sanitarie pubbliche.

Negli ultimi cinque anni i premi pagati dagli utenti, per questo tipo di servizi, sono aumentati di oltre il 100 per cento ma, nonostante ciò, le aziende hanno subito una perdita economica generalizzata. La causa dell'enorme deficit è imputabile al metodo di concorrenza spietato praticato dalle compagnie, che se da un lato limita i premi, dall'altro riduce i servizi offerti. Per scegliere, allora, non è buona regola fidarsi unicamente delle tariffe più convenienti, perché è molto probabile il rischio che nascondano delle insidie. Ma come è possibile districarsi nella matassa più o meno oscura di clausole, schede e condi-

zioni che si è costretti a firmare per ottenere a pagamento questi diritti?

Il "Salvagente" se lo è chiesto ma se lo sono domandato molti consumatori. Tanti da spingere il Movimento Consumatori a commissionare questa ricerca a Michela Bianchi. Ne è nata una vera e propria "caccia al tesoro" nei contratti di dodici compagnie nazionali, le più importanti, e quelle che hanno maggior volume di mercato nel nostro Paese. Dal test emerge una giungla di condizioni e regole che, lungi dal tutelare adeguatamente l'utente, formano molte facili vie di uscita alle compagnie assicuratrici. Eppure, bussola alla mano, è sempre possibile trovare la via per guadagnare un'uscita adatta alle singole necessità che si hanno, attenti a non rimanere scoperti proprio nei momenti di difficoltà.

Abbiamo cercato di mettere in luce i punti più delicati e quelli che possono risultare più oscuri di queste polizze, rinunciando, di proposito, a fornire in tabella i costi, legati a molte variabili e, quindi, non riassumibili.

La valutazione di un tale aspetto (certamente non trascurabile visto che, in media, per una persona di quarant'anni si aggira intorno al milione e duecentomila lire) potrà permettere all'utente di completare il nostro test e rappresentare l'anello mancante per la scelta.

* R Q



SALUTE IN POLIZZA

Nel caos del servizio sanitario pubblico prosperano le assicurazioni di malattia private. Quali garanzie effettive danno? Come orientarsi nella scelta evitando le solite trappole? Vi offriamo una guida pratica.

COMPAGNIA	POLIZZA	TIPO DI INDENNIZZO	DURATA max (anni)	ETÀ max (anni)	LIMITAZIONE MASSIMALE	RECESSO COMPAGNIA
GENERALI	Obiettivo Salute	rimborso	5	75	300 milioni	entro i primi 2 anni
ASSITALIA	Salute Prima	strutture convenzionate	10	69/75	no	entro i primi 3 anni
SAI	Salute Cent'anni	rimborso	10	100	no	sì, salvo sovrapprezzo
RAS	Clinicservice	strutture convenzionate	1*	75	no	entro i primi 2 anni
TORO	Doctor	strutture convenzionate	10	75**	no	entro i primi 2 anni
FONDIARIA	Sanicard	strutture conv. (o scoperto del 20%)	5	75	200 milioni	no
MILANO ASSICURAZIONI	Sanicard	strutture conv. (o scoperto del 20%)	5	75	200 milioni	no
REALE MUTUA	Assicurarsi Reale	rimborso	10	66***	300 milioni	entro i primi 2 anni
UNIPOL	Unimedica	rimborso	10	75	200 milioni	entro i primi 3 anni
LLOYD ADRIATICO	Garanzia Sanitaria	rimborso	10	75	150 milioni	sì, salvo sovrapprezzo
ABELLE	Pronta Cura	strutture conv. (o scoperto del 20%)	10	75	no	entro i primi 2 anni
AUSTRIA	Salute	rimborso	10	70	variabile	no

* Clinicservice carta oro prevede durata annuale, carta argento durata pluriennale, con garanzie e costi inferiori
** Sino a 80 anni dopo visita medica. ***Estensibile in relazione allo stato di salute dell'assicurato.
**** Salvi il caso in cui nello stesso anno si siano verificati due o più sinistri

*Riccardo Quintili

TIPO DI INDENNIZZO

Lo scopo di chi si assicura con queste polizze è quello di essere assistito in tutte le spese sostenute prima (mediamente 90 giorni), durante e dopo il ricovero (generalmente è previsto ancora un termine di 90 giorni). Attenzione, quindi a meno di sottoscrivere altre condizioni (che fanno lievitare i premi) sono coperte solo le malattie che comportano ingresso in strutture sanitarie (cliniche od ospedali che siano). Se poi si vuole usufruire di una struttura sanitaria nazionale, senza costi per l'assicurazione (quasi tutte le compagnie offrono un'indennità giornaliera che può variare in relazione agli eventuali massimali stabiliti o può essere fissa).

Alcune compagnie rimborsano unicamente le spese sostenute dietro presentazione delle ricevute, quindi dopo che queste sono state anticipate dall'utente. Assitalia, Ras e Toro offrono, invece, una copertura diretta (senza che si debba pagare di persona) attraverso una speciale carta di credito, altrettanto fanno Fondiaria, Milano e Lloyd Adriatico, tranne prevedere uno scoperto se si utilizzano strutture non

Con l'età aumenta il costo dei premi

convenzionate (25 per cento per le prime due, 20 per cento per l'ultima).

Nessuna delle compagnie che offrono questo servizio di indennizzo diretto, allega al contratto l'elenco di cliniche o istituti convenzionati. Eppure sarebbe fondamentale, per valutarne la convenienza, conoscere numero, ubicazione, tipologia e prestazioni delle strutture convenzionate. A maggior ragione quando l'assicuratore prevede uno scoperto di importo considerevole in tutti i casi in cui il cliente si curi in una clinica non appartenente a quel misterioso elenco. Chiedete sempre, quindi, prima di firmare, di conoscere anche questo importante particolare.

DURATA MASSIMA.

Il codice civile prevede, per le assicurazioni sui danni, una durata massima di dieci anni. Dopo questo tempo (o dopo i limiti

fissati dalle compagnie, un anno o cinque che siano) sarà obbligatorio rinnovare la polizza. Ma ciò avverrà necessariamente a costi più elevati, per l'aggravarsi del rischio dovuto all'avanzare dell'età. La scadenza così, consente alla compagnia di liberarsi di un contratto che può divenire particolarmente oneroso o di rinnovarlo a condizioni più favorevoli per se e di conseguenza più costose per l'assicurato. Questo, tra tutti i rami assicurativi, è l'unico caso in cui conviene stipulare polizze di maggiore durata. Infatti, se su quelle poliennali l'adeguamento dei premi è limitato in base all'indice Istat, per un rinnovo annuale gli aumenti sono più consistenti.

ETÀ MASSIMA

Nessuno di noi, a meno che non scelga la Sai o superi la visita medica prevista dalla Toro, potrà mai stipulare, oltre

i settantacinque anni, una polizza assicurativa sulla salute. Nel caso dell'Austria, dopo l'ultimo rinnovo non è previsto un termine di età che costringa la compagnia a disdire il contratto. La Reale mutua invece si riserva la facoltà, dopo una visita medica di rinnovare la polizza oltre i 66 anni. In ogni caso le persone di età avanzata - anche se inferiore rispetto ai limiti previsti dalle compagnie - difficilmente potranno trovare copertura. All'atto della stipula del contratto infatti si è obbligati a compilare un questionario (le cui dichiarazioni costituiscono una parte integrante del contratto) in cui devono essere indicate le precedenti malattie e patologie. In presenza di una situazione di salute non particolarmente buona e molto probabile che la compagnia rifiuti di sottoscrivere la polizza. Le fasce più deboli e più a rischio quindi, risultano escluse completamente da questo sistema di protezione. Assitalia invece, accetta polizze sottoscritte entro il sessantovesimo anno e che comunque non durino oltre il settantacinquesimo.

LIMITAZIONE MASSIMALE

Attenzione a queste clausole dei contratti. Molte compagnie infatti non rimborsano