Una polizza per la salute

Troppe spese escluse, clausole penalizzanti in calo ma ancora presenti, costi elevati. Le polizze sanitarie convengono a pochi.

GLOSSARIO

Aggravamento del rischio Peggioramento dello stato di salute, di cui l'assicurato deve informare la compagnia, che entro un mese può decidere di recedere.

Carenza Periodo successivo alla stipula della polizza durante il quale non si è coperti.

Diaria Importo versato per ogni giorno di ricovero in una struttura del Servizio sanitario pubblico.

Esclusioni Situazioni in cui l'assicurato non è coperto dalla polizza.

Franchigia Parte di spesa che resta a carico dell'assicurato. Eliminarla fa aumentare il premio da pagare.

Smile

Le abbiamo analizzate a quasi due anni di distanza dalla nostra precedente inchiesta: sono marginalmente migliorate alcune clausole, ma il nostro giudizio sulle polizze sanitarie nella sostanza non cambia: in Italia tutti hanno diritto ad accedere gratuitamente, o dietro il pagamento di un contributo alle spese (ticket), a prestazioni mediche ed esami diagnostici, terapie e interventi chirurgici. La necessità di una copertura assicurativa non è quindi stringente. Per di più, molte polizze presentano ancora troppi buchi nella copertura, che le rendono ulteriormente meno adatte a integrare le prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

A cosa servono

Per questa inchiesta abbiamo analizzato le polizze malattia "a formula completa", che garantiscono il rimborso delle spese mediche dell'assicurato per il ricovero in un istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da una malattia o da un infortunio. Rientrano in questa definizione anche il parto e l'aborto terapeutico o post-traumatico (ma non l'aborto volontario). Purché siano connesse alla stessa malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero, anche in day hospital, sono in genere coperte anche le spese per visite ed esami svolti prima e dopo. L'elenco delle malattie e degli interventi coperti, che non è uguale per tutte le polizze, compare alla fine delle condizioni: è importante leggerlo prima di sottoscrivere il contratto.

A chi sono rivolte

Sulle 22 polizze esaminate, 14 prevedono limiti di età per la stipula. Si va dai 55 anni di Mediolanum (in caso di polizza a vita intera), il limite massimo più basso che abbiamo riscontrato, ai 75 anni di Vittoria, Axa, Aurora e Unipol. Fermo restando che chi ha un'età

LA NOSTRA VISITA ALLE AGENZIE PEGGIORA LA TRASPARENZA

A circa un anno e mezzo di distanza (dicembre 2010) siamo tornati in una sessantina di agenzie tra Milano, Roma e Napoli, per verificare quali documenti consegnano ai clienti: i risultati sono addirittura peggiorati.

	Maggio 2009	Dicembre 2010
Agenzie visitate	61	63
Condizioni di polizza consegnate	85%	69%
Preventivi consegnati	84%	75%

superiore al limite non può stipulare la polizza, se la persona già assicurata raggiunge il limite di età quando il contratto è ancora valido, la compagnia non può cessare automaticamente la copertura.

Il questionario

Prima di assicurarvi, la compagnia vuole avere un quadro del vostro stato di salute. Il questionario sanitario serve proprio a questo scopo. Dovrete dichiarare gli ultimi accertamenti diagnostici praticati e la loro motivazione, le malattie diagnosticate e curate, gli infortuni occorsi, gli eventuali ricoveri, i difetti fisici o le eventuali malformazioni congenite, l'assunzione di farmaci e così via. Non abbiate fretta nel compilare questo importantissimo documento e nel sottoscriverlo: fatevi aiutare dal vostro medico per evitare errori e omissioni. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

ERRORI NELLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO DELLA COMPAGNIA POSSONO COSTARE CARI

La carenza

Uno degli aspetti più insidiosi della polizza malattia è la cosiddetta carenza, cioè il periodo di tempo successivo alla firma del contratto nel quale l'assicurato non è coperto. Serve alla compagnia per tutelarsi dal rischio che una persona consapevole di avere un grave problema di salute per il quale necessiterà di cure costose, stipuli una polizza sanitaria tacendo questo rischio e si faccia pagare le spese. Tutte le polizze esaminate, tranne quella di Cattolica, prevedono la carenza, che non è prevista solo nei casi in cui la necessità di cure mediche deriva da infortunio imprevedibile, come un incidente stradale o una caduta. In caso di malattia,

COME LEGGERE LA TABELLA

Copertura Il numero di giorni, compresi quelli precedenti e successivi all'intervento o al ricovero, per i quali vengono rimborsati visite ed esami collegati alla stessa malattia o infortunio.

Diagnostica Normalmente sono coperte le spese per esami e accertamenti fatti fuori dal ricovero, ma sempre collegati a una malattia o a un infortunio coperto.

invece, la copertura della polizza è efficace dopo 30 giorni dalla stipula del contratto. Solo Eurizon prevede una carenza maggiore, pari a 60 giorni. Esiste anche una specifica carenza per le malattie esistenti prima della stipula della polizza, dichiarate dal contraente e accettate dalla compagnia: in questi casi la copertura è valida solo dal 180° giorno successivo alla stipula o, nel caso di Poste, addirittura 300 giorni.

Molte le esclusioni

Chi pensa, sottoscrivendo una di queste polizze, di non dover mai più spendere un euro in cure mediche farà bene a ricredersi. Nei 22 contratti analizzati abbondano le esclusioni, ovvero situazioni particolari nelle quali le spese sanitarie dell'assicurato non vengono coperte dalla polizza. Sono esclus le malattie psichiche e mentali, i comporta menti nevrotici e i comportamenti maniacc depressivi, gli infortuni e le intossicazior dovute ad alcolismo, psicofarmaci, stupefa centi, allucinogeni, gli interventi di caratter estetico, le cure dietologiche. Le cure denta rie e le protesi dentarie sono coperte sol quando sono conseguenza di infortunio o c un tumore maligno. Solo Groupama (per l forma Elite) prevede che l'assicurato che h più di 25 anni possa richiedere presso stuc convenzionati l'ablazione del tartaro e l visita di controllo.

Le protesi per la correzione di un handicap a meno che non siano state applicate du rante un intervento, non sono mai coperte così come gli interventi per la correzione

POLIZZE MALATTIA
CLASSIFICA PER QUALITÀ

Compagnia	Prodotto	Informazioni	Carenza	Ricovero: prima	Ricovero: durante	Ricovero: dopo	Diagnostica	Servizio sanitario nazionale	QUALITÀ GLOBALE (su 100)
Italiana	Antivirus - Durata Limitata	⊞	□	+	+	+	+	+	67
Hdi	Rimborso spese mediche	⊞	□	+	□	+	+	+	67
Cattolica (solo architetti e ingegneri Inarcassa)	Inarcassa	⊞	□	+	□	+	+	+	65
Groupama	Quisicura - Forma Elite	⊞	□	+	□	+	+	+	65
Filo Diretto	Valeas - Top	+	□	+	□	+	+	⊞	65
Zurich	MediCare	+	□	+	+	+	□	+	64
Unipol	Unimedica - Rimborso Spese Sanitarie	+	□	+	□	+	+	+	63
Aurora	Prestazioni Sanitarie	+	□	+	+	+	+	+	63
Ina Assitalia	Tisana - Salute Sicura	+	□	+	□	□	+	+	63
Axa	Axa Protezione Salute	+	□	+	□	+	□	+	62
Toro	Doctor Più Evolution	⊞	□	□	□	□	+	+	62
Eurizon Tutela (solo con c/c Intesa San Paolo)	ProteggiSalute	+	□	+	□	+	+	+	62
Allianz	Universo salute	+	□	+	+	+	+	+	61
Vittoria	Rimborso spese sanitarie Elite	+	□	+	+	+	□	□	60
Sara	Saramedical	⊞	□	□	□	□	⊖	+	55
Alleanza	Medical	⊞	□	⊖	–	–	⊖	⊞	48
Cattolica	Più Salute	–	⊞	+	□	+	□	+	43
Generali	Sei in salute - Alta protezione Top	–	□	+	□	+	□	+	40
Fondiaria-Sai	Sanicard - Formula Completa A	–	□	+	□	+	+	+	35
Mediolanum	Nautilus Medical	⊖	+	+	+	□	□	+	27
PosteAssicura	PostaProtezione Salute	⊖	–	⊖	–	–	⊖	⊞	27
Europ Assistance	Eura salute - Ogni Giorno	⊖	□	⊖	–	⊖	⊖	□	20

⊞ Ottimo + Buono □ Accettabile – Mediocre ⊖ Pessim

Smile

l'eliminazione di difetti della vista (miopia o astigmatismo) e tutti i ricoveri durante i quali vengono praticate solo visite specialistiche. Anche i check-up preventivi sono quasi sempre esclusi, insieme alle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale: solo Cattolica offre la copertura per pratiche non convenzionali come agopuntura, osteopatia e chiropratica, ma solo se il medico chirurgo è abilitato e riconosciuto dal Ssn.
Esclusi, infine, anche cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

Fuga più difficile

Il miglioramento più significativo nelle condizioni delle polizze ha riguardato il recesso, ed è dovuto a un nuovo regolamento dell'Isvap, l'organismo di controllo delle assicurazioni, entrato in vigore a dicembre del 2010. L'articolo 48 del regolamento prevede che le compagnie non possano recedere dal contratto in caso di malattia dell'assicurato. Sembra assurdo, ma fino all'anno scorso la polizza rischiava di diventare nulla proprio nel momento in cui l'assicurato ne aveva più bisogno: la compagnia doveva pagare la prima necessità, ma poi poteva recedere. Il Codice delle assicurazioni private consente comunque l'applicazione del recesso limitatamente ai primi due anni dalla stipula per le polizze poliennali o annuali a rinnovo automatico. Sfruttano questa possibilità solo Generali e Fondiaria-Sai, per il primo anno di validità della polizza, e Mediolanum per i primi due. Ovviamente preferiamo le compagnie che non esercitano questo diritto, che consideriamo lesivo degli interessi dei consumatori.

Aggravamento del rischio

Se il recesso esce dalla porta, rientra dalla finestra grazie a un'altra clausola che non ci piace affatto, e che fortunatamente sta scomparendo dai contratti: l'aggravamento del rischio. Prevede che nel momento in cui veda il proprio stato di salute peggiorare, l'assicurato ne debba dare immediato avviso alla compagnia. Se il nuovo livello di rischio fosse esistito o fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della polizza, la compagnia avrebbe stipulato lo stesso il contratto, o lo avrebbe fatto alle stesse condizioni? Se la risposta è negativa, Europe Assistance e Poste si concedono la facoltà di recedere dal contratto entro un mese dall'avviso. Generali ha una clausola che riguarda il fumo, che rientra nel campo più ampio delle "dichiarazioni inesatte o reticenti" previste dal Codice civile. Imprecisioni o omissioni nel questionario sulla salute, se emergono in seguito si pagano care. Un assicurato che si sia dichiarato non fumatore al momento della stipula, ma si riveli in seguito un fumatore, vedrà decurtato il rimborso per l'eventuale danno in proporzione alla differenza tra il premio per i fumatori (in genere più alto) e quello per i non fumatori.

RICOVERO IN CLINICHE CONVENZIONATE: L'ASSICURAZIONE PAGA DIRETTAMENTE LE SPESE

Pagamento e diaria

Se si sceglie di farsi curare in cliniche e altre strutture convenzionate con la compagnia l'assicurato non dovrà anticipare nulla: l'assicurazione pagherà direttamente le spese. È l'opzione più conveniente, perché chi sceglie una struttura diversa deve anticipare i pagamenti di tasca propria e in seguito chiederne il rimborso presentando le ricevute. Attenzione però, perché se la compagnia ha le sue cliniche convenzionate e voi vi recate in un'altra, vi verrà applicato uno scoperto: una parte di spesa, compresa in genere tra il 20 e il 30%, resta a carico vostro.
In casi particolari, quando la spesa supera una certa soglia, Unipol e Generali concedono un anticipo sulle spese da rimborsare.
Per il parto l'indennizzo arriva a un massimo di 6.000 euro (Cattolica), che però possono diventare 11.250 (Filo Diretto) se è cesareo. Eurizon non distingue tra parto naturale e cesareo e prevede un contributo forfettario per entrambi di 1.500 euro.
Chi sceglie di essere curato in strutture del Servizio sanitario nazionale si vedrà rimborsati i ticket e riceverà anche una diaria sostitutiva per ogni giorno di ricovero, per un massimo che solitamente è di 90 giorni l'anno, ma con Italiana tocca i 200. Gli importi variano da 100 a 150 euro al giorno.

POLIZZA COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DIAGNOSTICA

Città	Premio in euro senza franchigia	Premio in euro con franchigia 1.100 euro
Milano	2.656,73	2.193,22
Roma	2.656,73	2.193,22
Napoli	2.322,83	1.866,59

LA NOSTRA SCELTA

Uomo di 48 anni con moglie di 46 anni, un figlio di 15 anni e una figlia di 8 anni.

ITALIANA 67
AntiVirus - Durata Limitata
telefono 02/39.71.61
www.italiana.it

Smile