n.91 Marzo 2007 - Euro 4,80*

Etf e certificates, 10 portafogli per battere i gestori

Patrimoni

IL PRIMO MENSILE PER CREARLI, GESTIRLI, ACCRESCERLI

ASSICURARSI LA SALUTE
LE POLIZZE PER COPRIRSI DAL RISCHIO MALATTIA E INFORTUNI

CREDITO PERSONALE
LA TOP TEN DEI MUTUI DA INVESTIMENTO

I NUOVI SCOOTER DA CITTÀ
COME SCEGLIERE IL MODELLO GIUSTO PER SGUSCIARE NEL TRAFFICO

FORMAZIONE ONLINE
QUANTO VALE? I CORSI PIÙ VALIDI E QUELLI DA EVITARE

COMPRARLI SULLA CARTA

I MIGLIORI NUOVI IMMOBILI E I PROGETTI DI SVILUPPO SU CUI INVESTIRE

9 771594 677312

MILANO FINANZA

Quando un **incidente** tiene lontani dal lavoro per settimane. Quando si cerca uno **specialista** per la propria cartella clinica. Quando gli anziani genitori non sono più autosufficienti. Oppure, quando si vuole migliorare il proprio corpo con un intervento estetico. Sono tutti casi in cui una buona **assicurazione** sanitaria può far comodo. Ma si tratta di contratti complessi, con carenze, **franchigie** ed esclusioni che pesano nel momento del bisogno.

Come coprire il rischio malattia e infortuni

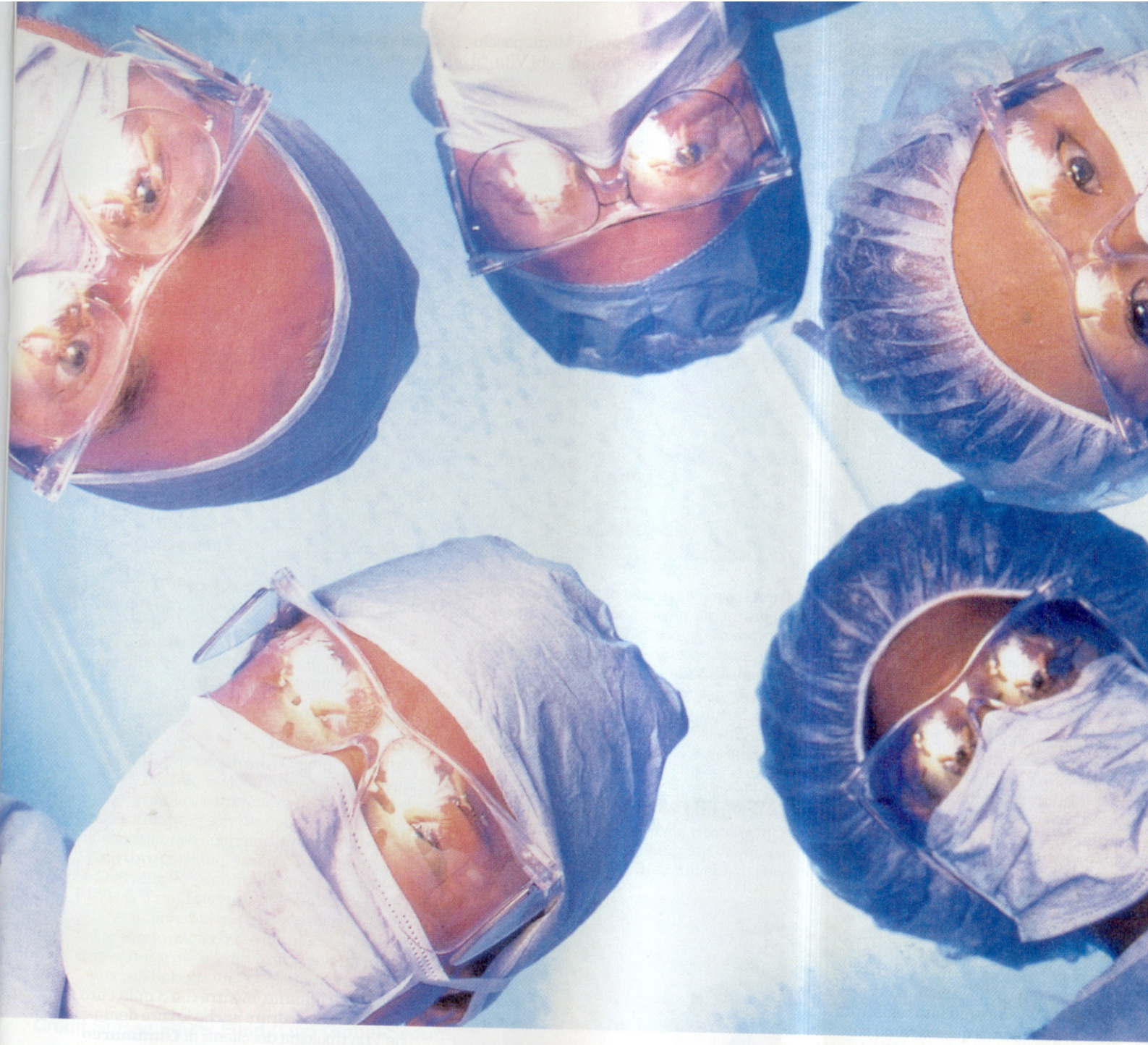
LA POLIZZA DI IPPOCRATE

Di Elena Dal Maso

"Ti piacerebbe poter contare su una garanzia assicurativa che tuteli la tua famiglia? E che paghi le tue spese per la salute, imprevedibili e spesso ingenti?". Recita così l'inizio di un depliant pubblicitario di Eurizon, società del gruppo IntesaSanpaolo. E prosegue spiegando che "una buona polizza consente sia di tutelarsi economicamente ottenendo la migliore assistenza disponibile in caso di ricovero, sia di consultare tempestivamente uno specialista senza le lunghe attese frequenti nelle strutture pubbliche".
Ricorda anche che "le esigenze sono molto diverse: c'è chi ritiene importante tutelarsi solo da quegli eventi gravi e ad alto rischio per il bilancio familiare, come interventi urgenti di alta chirurgia nelle migliori cliniche in Italia o all'estero, chi invece preferisce una copertura estesa ai piccoli interventi ambulatoriali e chi infine vuol sentirsi tranquillo anche sul fronte delle visite specialistiche". In poche righe, il depliant riassume i motivi per i quali sarebbe interessante sottoscrivere una polizza salute oggi: accorciare i tempi per un consulto, avere la possibilità di ottenere anche una seconda opinione su un problema clinico, garantirsi un ricovero in una struttura di buon livello o un'equipe di chirurghi all'altezza delle malattie più delicate. Oppure ancora ottenere una rendita mensile in caso di non autosufficienza. Ragioni tutte valide, ma bisogna poi verificare quale tipo di polizza e con quale società conviene operare.

COSA BISOGNA SAPERE PRIMA DI FIRMARE

Questi contratti, infatti, sono nella maggioranza dei casi molto corposi (vengono raccolti in una cinquantina di pagine stampate in corpo ridotto) e i capitoli sulle carenze (tempi in cui le polizze non sono attive), sulle franchigie (minimi di spesa non coperti dalla compagnia) e sulle esclusioni (malattie non riconosciute) sono lunghi. Bisogna leggere molto bene il contratto, prima di sottoscriverlo. Le principali esclusioni, ma ogni compagnia ha poi una lista particolareggiata delle proprie, partono da malattie e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima della stipulazione del



contratto e taciuti dal sottoscrittore; protesi dentarie, prestazioni e cure odontoiatriche non conseguenti a infortunio; correzione dei difetti della vista; cure e interventi di carattere estetico; hiv e patologie correlate. La regola generale per le assicurazioni dice, infatti, che tutto ciò che ha un'alta probabilità di accadere, come l'uso di occhiali o la riparazione dei denti, non può essere coperto da una polizza perché costerebbe troppo alla società. A meno che il cliente non sia disposto a pagare ulteriori premi consistenti per diverse migliaia di euro. A quel punto, però, la polizza potrebbe non essere più vantaggiosa. È poi meglio sottoscrivere contratti pluriennali, perché, all'insorgere di una patologia o al verificarsi di un incidente, continuano a coprire le spese mediche fino alla scadenza della polizza. Infatti, in caso di rinnovo del contratto (sia annuale, la maggior parte, sia nel caso di quelli più lunghi) dopo l'insorgere di una malattia difficilmente la compagnia accetterà di riassicurare il cliente.
Un ultimo avviso: più si invecchia, più cresce il premio da pagare, perché aumenta la possibilità di ammalarsi. Le donne, poi, sono svantaggiate rispetto ai maschi, visto che in media vivono più a lungo e quindi sono costrette a pagare per la stessa prestazione premi più alti. È questo soprattutto il caso delle polizze per la non autosufficienza.

CHI PAGA I MEDICI? IL FISCO AIUTA?

Un altro particolare da sapere riguarda le modalità di pagamento. Di solito, le compagnie liquidano direttamente le spese sostenute per le prestazioni quando i clienti si rivolgono a strutture convenzionate. Non si deve anticipare nulla in quel caso e oggi la rete delle convenzioni si sta ampliando in maniera significativa, come conferma **Andrea Di Giacomo**, amministratore delegato e partner della società di intermediazione e consulenza De Besi - Di Giacomo di Roma. "Esiste una sempre maggiore estensione della rete delle convenzioni ottenute dalle compagnie assicuratrici con strutture sanitarie di ricovero, medici specialisti, laboratori di accertamenti diagnostici, anche di centri di riabilitazione fisico-motoria, il tutto sia in Italia sia all'estero". Le convenzioni, offrono un duplice beneficio: "all'assicurato

(segue)