

COMPARAZIONE INTERNAZIONALE DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI INDIVIDUALE



Prof. Paolo Cortivo

Studio Cortivo - Ordinario di Medicina Legale nell'Università di Padova, Padova



Dott.ssa Cristina Mazzarolo

Studio Cortivo - Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Padova



Il presente lavoro ha avuto per oggetto l'analisi della polizza infortuni individuale.

Lo scopo è stato quello, attraverso lo studio del settore di cui ci siamo occupati e l'interpretazione dei dati ottenuti dall'analisi delle polizze infortuni immesse nel mercato italiano in raffronto con quello internazionale, di fare il punto sullo stato del mercato e di proporre nuove modalità assicurative in linea con l'evoluzione tecnico-giuridica e con i bisogni del mercato assicurativo.

Lo studio si è sviluppato mediante l'attenta disamina delle coperture assicurative presenti nel mercato italiano, ciò ha permesso di evidenziare gli elementi costitutivi di tale pratica assicurativa, rappresentati dal rischio, dall'infortunio e dalle sue conseguenze. Elementi costitutivi caratterizzati da limiti ed incongruenze che tale pratica presenta e che

si manifestano in diversi versanti, tra cui il ruolo della causalità che nei contratti assicurativi deve essere diretta ed esclusiva in grado di determinare le conseguenze previste dall'infortunio in un soggetto fisicamente sano, idealmente normale in rapporto alle condizioni anatomo-fisiopatologiche proprie dell'età, senza intervento concausale di eventuali condizioni preesistenti; il ruolo delle concause, considerando che nella genesi del danno come pure nella pratica valutativa è assai difficile scindere gli antecedenti facendo riferimento ad un solo evento causale senza tener conto e cioè indipendentemente da qualsiasi altro fattore concausale; lo stato anteriore del soggetto visto che è palese come in ogni circostanza lo stato anteriore rappresenti sempre una situazione predisponente nel verificarsi un dato evento con caratteristiche peculiari nel singolo individuo, inteso nella sua integrità somato-psichica; l'età assicurabile considerando che, chi si assicura non è un soggetto teorico, astratto, considerato o da considerare nelle sue eccezioni di normalità statistica ma è un soggetto che indipendentemente da cause patologiche e per soli fattori fisiologici, tra cui l'età, si presenta con determinate caratteristiche anatomo-clinico-funzionali, che gli conferiscono aspetti di assoluta originalità e normalità del contratto assicurativo; l'indennizzabilità; ed altri ancora, che allo stato attuale non hanno ancora trovato una risoluzione ottimale per le parti in causa.

A tal fine sono state identificate le Compagnie assicurative presenti nel mercato nazionale e si è provveduto alla disamina dei loro contratti assicurativi Polizze Infortuni.

Compagnie assicurative in Italia Imprese di assicurazioni stabilite in Italia: Fonte ANIA 2002 - tab.1

ACE INSURANCE; ADRIA VITA; AIG EUROPE; ALA SERVICE; ALLEANZA ASSICURAZIONI; ALLIANZ SUBALPINA; ALLESTATE DIRETTO; ANTONIANA VENETA DANNI; ANOTNIANA VENETA VITA; ARCA ASSICURAZIONI; AREA LIFE INTERNATIONAL; ASPECTA ASSURANCE; ASSIBA; ASSICURATRICE EDILE; ASSICURATRICE MILANESE; ASSICURATRICE VALPIAVE; ASSICURAZIONI DI ROMA; ASSICURAZIONI DI ROMA VITA; ASSICURAZIONI GENERALI; ASSIMOCO; ASSIMOCO VITA; ASSITALIA; AUGUSTA ASSICURAZIONI; AUGUSTA VITA; AUSTRIA ASSICURAZIONI; AXA ASSICURAZIONI; AXA INTER LIFE; AXA CORPORATE SOLUTIONS; AZZURITALIA ASSICURAZIONI; AZZURITALIA VITA; AZZURRA ASSICURAZIONI; BANCASSURANCE POPOLARI; BAYERISCHE ASSICURAZIONI; BAYERISCHE VITA; BERNESE ASSICURAZIONI; BERNESE VITA; BIM VITA; BIPIEMME VITA; BNL VITA; BPB VITA; BPB ASSICURAZIONI; CARDIF ASSICURAZIONI; CARIGE VITA NUOVA; CARI VITA; CASSE ASSICURAZIONI VITA; CATTOLICA AZIENDE; CATTOLICA ON LINE; CBA VITA; CENTRO VITA ASSICURAZIONI; CHUBB INSURANCE; CISALPINA PREVIDENZA; CLARIS VITA; COMMERCIAL UNION; COMMERCIAL UNION INSURANCE; COMMERCIAL UNION ITALIA; COMMERCIAL UNION LIFE; COMMERCIAL UNION PREVIDENZA; COMMERCIAL UNION VITA; COMPAGNIA ASS. LINEAR; COMPAGNIA ASS. UNIPOL; COMPAGNIA DI ASS. DI MILANO; COMPAGNIA EUROPEA; COMPAGNIA DI ASS. DI BOLOGNA; DB ASSICURA; DB VITA; DIALOGO ASSICURAZIONI; DUERRE VITA; DUOMO; DUOMO PREVIDENZA; EFFE VITA; EGIDA ASSICURAZIONI; ELVIA ITALIA; EUROP ASSISTANCE ITALIA; EUROSUN ASSICURAZIONI VITA; EUROVITA ITALCASSE; FARO ASSICURAZIONI; FATA; FIDEURAM ASSICURAZIONI; FIDEURAM VITA; FIDUCIARIA VITA; FILO DIRETTO; FINANCIAL INSURANCE; FINANZA E FUTURO VITA; FONDIARIA ASSICURAZIONI; FONDIPREV VITA FRIULI V.G. CARNICA; GAN ITALIA; GAN ITALIA VITA; GE FRANKONA RUCK; GENERALI VITA; GENERTEL; GERLING; KONZERN; GLOBALE; RUCK; GIANO; GOTHAER; HDI ASSICURAZIONI; HELVETIA; HELVETIA VITA; INTER PARTNER ASSISTANCE; IST. NAZIONALE ASS.NI; ITALIA ASSICURAZIONI; ITALIANA ASSICURAZIONI; ITAS ASSICURAZIONI; ITAS MUTUA; ITAS VITA; J. ROTHSCHILD INTERNATIONAL; LEVANTE NORD ITALIA; LIGURIA; LIGURIA VITA; LLOYD 1885; LLOYD ADRIATICO; LLOYD ITALICO; LLOYD ITALICO VITA; MAA VITA; MAECI MUTUA; MAECI SPA; MAECI VITA; MEDIOLANUM ASSICURAZIONI; MEDIOLANUM VITA; MEDITAL ASSISTANCE; MEIEAURORA; MEIE VITA; MONTE PASCHI VITA; MULTIASS; NATIONALE; NATIONALE SUISSE; NATIONALE SUISSE VITA; NATIONALE-NEDER LEVENS; NAVALE ASSICURAZIONI; NET INSURANCE; NIPPON INSURANCE; NORWICH UNION VITA; NOVARA VITA; NUOVA MAA; NUOVA TIRRENA; PIEMONTESE SPA; PIEMONTESE VITA; PO VITA; POSTE VITA; PROFILO LIFE; PROGRESS ASSICURAZIONI; PRUMERICA LIFE; QBE INTERNATIONALE INSURANCE; RB VITA; RISPARMIO E PREVIDENZA; RISPARMIO ASSICURAZIONI; RISPARMIO VITA; RIUNIONE ADRIATICA DI SICURTA'; ROMA VITA; ROYAL & SUNALLIANCE; ROYAL INTERNATIONAL; SAI; SANPAOLO VITA; SARA ASSICURAZIONI; SARA VITA; SASA; SASA VITA; SCOTTISH EQUITABLE; SEAR ASSICURAZIONI; SECURA BELGIAN RE; SIAT; SICURTA' 1879; SIS; SKANDIA VITA; SOCIETA' CATTOLICA; SOCIETA' REALE MUTUA; SOFID VITA; SWISSE LIFE; SYSTEMA ASSICURAZIONI; TICINO; TICINO VITA; TORO ASSICURAZIONI; TORO TARGA ASS.NI; UAP VITA; UMS GENERALI MARINE; UNIASS ASSICURAZIONI; UNIONVITA; UNISALUTE; UNIVERSO VITA; VENEZIA ASSICURAZIONI; VERONA ASSICURAZIONI; VISCONTEA; VITTORIA ASSICURAZIONI; WIENER STADTISCHE; WINTERTHUR ASSICURAZIONI; WINTERTHUR VITA; WINTERTHUR INTERNATIONALE; ZURICH INTERNATIONAL; ZURICH INVESTMENTS LIFE; ZURIGO; ZURIGO VITA.

COMPARAZIONE INTERNAZIONALE DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI INDIVIDUALE

Prof. Paolo Cortivo - Studio Cortivo - Ordinario di Medicina Legale nell'Università di Padova, Padova

Dott.ssa Cristina Mazzarolo - Studio Cortivo - Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Padova

Compagnie esercenti il ramo infortuni in Italia - tab.2

ACE INSURANCE, AIG EUROPE; ALA SERVICE; ALLEANZA ASSICURAZIONI; ALLIANZ SUBALPINA; ANTONIANA VENETA DANNI; ARCA ASSICURAZIONI; ASSICURAZIONI DI ROMA, ASSICURATRICE EDILE; ASSICURATRICE MILANESE; ASSICURATRICE VALPIAVE; ASSICURAZIONI GENERALI; ASSIMOCO; ASSITALIA; AUGUSTA ASSICURAZIONI; AUSTRIA ASSICURAZIONI; AXA ASSICURAZIONI; AXA CORPORATE SOLUTIONS; AZZURITALIA ASSICURAZIONI; AZZURRA ASSICURAZIONI; BAYERISCHE ASSICURAZIONI; BERNESE ASSICURAZIONI; BIPIEMME VITA; BPB ASSICURAZIONI; CBA ASSICURAZIONI, CARDIF ASSICURAZIONI; CATTOLICA ON LINE; CBA VITA; CENTRO VITA ASSICURAZIONI; CHUBB INSURANCE; CISALPINA PREVIDENZA; COMMERCIAL UNION; COMMERCIAL UNION INSURANCE; COMMERCIAL UNION ITALIA; COMPAGNIA ASS. LINEAR; COMPAGNIA ASS. UNIPOL; COMPAGNIA DI ASS. DI MILANO; CREDITRAS, DB ASSICURA; DIALOGO ASSICURAZIONI; DIRECT LINE INSURANCE, DUOMO; EGIDA ASSICURAZIONI; EUROP ASSISTANCE ITALIA; FARO ASSICURAZIONI; FATA; FIDEURAM ASSICURAZIONI; FILO DIRETTO; FONDIARIA ASSICURAZIONI; FRIULI V.G. CARNICA; GAN ITALIA; GENERTEL; GERLING, KONZERN ALLGEMEINE; GLOBALE ASSISTENCE; GIANO; HDI ASSICURAZIONI; HELVETIA; ITALIA ASSICURAZIONI; ITALIANA ASSICURAZIONI; ITAS ASSICURAZIONI; ITAS MUTUA; LEVANTE NORD ITALIA; LIGURIA; LLOYD 1885; LLOYD ADRIATICO; LLOYD ITALICO; LLOYD'S; MAA VITA; MAECI MUTUA; MEDIOLANUM ASSICURAZIONI; MEDITAL ASSISTANCE; MEIEAURORA; MITSUISUMITOMO INSURANCE, MONDIAL ASSISTENCE ITALIA, NATIONALE; NATIONALE SUISSE; NATIONALE-NEDER LEVENS; NAVALE ASSICURAZIONI; NET INSURANCE; NIPPON INSURANCE; NORWICH UNION VITA; NUOVA MAA; NUOVA TIRRENA; TOKIO MARINE AD FIRE, PADANA ASSICURAZIONI, PIEMONTESE SPA; PROGRESS ASSICURAZIONI; RB VITA; RISPARMIO E PREVIDENZA; RISPARMIO E ASSICURAZIONI; RIUNIONE ADRIATICA DI SICURTA'; ROYAL & SUNALLIANCE; ROYAL INTERNATIONAL; R+V ALLEGEMEINE, SAI; SANPAOLO VITA; SARA ASSICURAZIONI; SARA VITA; SASA; SEAR ASSICURAZIONI; SIAT; SICURTA' 1879; SIS; SOCIETA' CATTOLICA; SOCIETA' REALE MUTUA; SOFID VITA; SUMITOMO MARINE & FIRE, SWISSE LIFE; SYSTEMA ASSICURAZIONI; TICINO; TORO ASSICURAZIONI; TORO TARGA ASS.NI; UMS GENERALI MARINE; UNIASS ASSICURAZIONI; UNIONVITA, UNISALUTE; VERONA ASSICURAZIONI; VITTORIA ASSICURAZIONI; WINTERTHUR ASSICURAZIONI; WINTERTHUR INTERNATIONALE; ZURICH INTERNATIONAL.

Come si vede in Italia sono presenti 190 Compagnie di Assicurazione privata, di cui 124 esercitano il ramo danni-infotuni. A queste è stata inviata richiesta di visionare i loro prodotti assicurativi- polizze infotuni individuali. La richiesta come si vede dalla tab. 3 è stata evasa da 82 Compagnie di cui 13 (10% del mercato assicurativo) con risposta negativa: perché non esercitano in forma diretta il ramo infotuni; o esercitano tale attività in riassicurazione; hanno tipologie di contratto particolari per esempio per aziende o professioni. Delle 82 Compagnie 14 fanno parte di Holding con emissione nel mercato di prodotti assicurativi che in sostanza prevedono le stesse condizioni di polizza.

Esito ricerca di mercato assicurativo italiano - tab.3

Ace Insurance	1	Commercial Union	H	Itas Mutua	NR	Royal International	H
AIG Europe	NR	Commercial Union Insurance	H	Levante Nord Italia	4	Royal & Sunalliance	2
Ala Service	H	Commercial Union Italia	H	Liguria	1	R+V Allegemeine	NR
Alleanza Assicurazioni	2	Cattoliza Aziende	NR	Lloyd 1885	NR	SAI	2
Allianz Subalpina	3	Compagnia di Ass. Linear	NR	Lloyd Adriatico	5	SanPaolo Vita	2
Antoniana Veneta Danni	1	Compagnia di Ass. Unipol	NR	Lloyd Italico	4	Sara Assicurazioni	2
Arca Assicurazioni	2	Compagnia di Ass. di Milano	1	Lloyd's	2	Sara Vita	NR
Assicurazioni di Roma	NR	Creditras	NR	MAA Vita	NR	Sasa	2
Assicuratrice Edile	1	DB Assicura	NR	Maeci Mutua	NR	Sear Assicurazioni	NR
Assicuratrice Milanese	1	Dialogo Assicurazioni	H	Mediolanum Assicurazioni	NR	Siat	1
Assicuratrice Valpiave	N	Direct Line Insurance	NR	Medital Assistance	N	Sicurtà 1879	NR
Assicurazioni Generali	5	Duomo	1	MeieAurora	2	Sis	NR
Assimoco	H	Egida Assicurazioni	3	Mitsui Sumitomo Insurance	NR	Società Cattolica	NR
Assitalia	5	Europe Assistance Italia	1	Mondial Assistance Italia	N	Società Reale Mutua	3
Augusta Assicurazioni	1	Faro Assicurazioni	H	Nazionale	2	Sofid Vita	NR
Austria Assicurazioni	1	Fata	1	Nationale Suisse	5	Sumitomo Marine & Fire	NR
Axa Assicurazioni	NR	Fideuram Assicurazioni	2	National-Neder Levens	NR	Swisse Life	N
Axa CorporateSolutions	NR	Filo Diretto	H	Navale Assicurazioni	1	Systema Assicurazioni	H
Azzuritalia Assicurazioni	N	Fondiaria Assicurazioni	2	Net Insurance	NR	Ticino	2
Azzurra Assicurazioni	N	Friuli V. G. Carnica	4	Nippon Insurance	NR	Toro Assicurazioni	3

Bayerische Assicurazioni	4	Gan Italia	1	Newwin Assicurazioni	NR	Toro Targa Assicurazioni	NR
Bernese Assicurazioni	1	Genertel	2	Nuova MAA	2	UMS Generali Marine	N
Bipiemme Vita	1	Gerling	H	Nuova Tirrena	3	Uniass Assicurazioni	NR
BPB Assicurazioni	NR	Konzern Allegemeine	NR	Tokio Marine And Fire	1	Unionvita	N
CAB Assicurazioni	N	Global Assistance	N	Padana Assicurazioni	2	Unisalute	N
Cardif Assicurazioni	H	Giano	NR	Piemontese SPA	NR	Verona Assicurazioni	N
Cattolica On Line	5	HDI Assicurazioni	NR	Progress Assicurazioni	NR	Vittoria Assicurazioni	9
CBA Vita	N	Helvetia	1	RB Vita	NR	Winterthur Assicurazioni	5
Centro Vita Assicurazioni	NR	Italia Assicurazioni	1	Risparmio Assicurazioni	NR	Winterthur Internazionale	NR
Chubb Insurance	H	Italiana Assicurazioni	1	Risparmio e Previdenza	NR	Zurich International	NR
Cisalпина Previdenza	H	Itas Assicurazioni	6	Riunione Adriatica di Sicurezza	1	Zurigo	1

Legenda: i **numeri arabi** indicano il numero di polizze inviate dalle Compagnie assicuratrici contattate; **H**: indica Compagnie facenti parte di Holding; **NR**: indica nessuna risposta pervenuta dalla Compagnia; **N**: risposta negativa in quanto la Compagnia non esercita il ramo danni-infurtuni, in forma diretta; esercita prevalente attività in riassicurazione; emette prodotti particolari in base all'estensione o al tipo di rischio.

Considerando i premi del lavoro diretto italiano del ramo infurtuni (premi del lavoro diretto italiano ramo infurtuni, fonte ANIA 2002) le prime 10 Compagnie rappresentano oltre il 60% del mercato. Se a questo dato si aggiunge la Reale Mutua e la Toro l'incidenza sul totale arriva quasi al 70%. Considerando inoltre che l'Assitalia (INA non Vita), leader del mercato, appartiene ora al gruppo Generali e la Milano al gruppo Fondiaria (al quale virtualmente appartiene pure la SAI) si vede che la produzione è concentrata in pochissime Compagnie, pertanto considerando che la risposta è stata fornita dai principali gruppi assicurativi che esercitano il ramo infurtuni si ritiene che lo studio sia rappresentativo del mercato italiano.

L'analisi è stata condotta con la revisione di 130 (cento-trenta) prodotti assicurativi-polizze infurtuni.

Il confronto è stato effettuato con il testo della polizza tipo proposto dall'ANIA per i punti che propongono problematiche di ordine medico legale.

Oggetto e delimitazione del rischio

Art. 1 (Rischio assicurato): l'assicurazione vale per gli infurtuni che l'assicurato subisca nello svolgimento: delle attività professionali principali e secondarie dichiarate; di ogni altra attività che non abbia carattere professionale; è considerato infurtunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la

morte, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea. Sono considerati infurtuni anche: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore.

Art. 2 (infurtuni causati da colpa grave e da tumulti popolari): omissis.

Art. 3 (infurtuni causati da calamità naturali): omissis.

Art. 4 (infurtuni occorsi durante il servizio militare): omissis.

Art. 5 (rischi esclusi dall'assicurazione): sono esclusi dall'assicurazione gli infurtuni causati ... da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni; ... di sport costituenti per l'assicurato attività professionale principale o secondaria, non dichiarata.

Art. 6 (validità territoriale): omissis.

Art. 7 (persone non assicurabili): premesso che la società, qualora fosse stata a conoscenza che l'assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie

e delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'art. 1898 del c.c., indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 16 "dichiarazioni relative alle circostanze di rischio" delle condizioni generali di assicurazione e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del c.c.

Prestazioni

Art. 8 (criteri di indennizzabilità): la società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 10 "invalidità permanente" delle condizioni generali di assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità persistente.

Art. 9 (morte): se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello d'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte, se superiore, e quello già pagato per l'invalidità permanente.

Art. 10 (invalidità permanente): se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la società corrisponde la somma assicurata. Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado d'invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni (vds. Tab. ANIA).

Art. 11 (inabilità temporanea): se l'infortunio ha come conseguenza un'inabilità temporanea, la società corrisponde la somma assicurata: integralmente per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad

attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate; al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Diritti e doveri delle parti

Art. 12 (denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato): omissis.

Art. 13 (rinuncia al diritto di surrogazione): omissis.

Art. 14 (recesso in caso di sinistro): omissis.

Art. 15 (determinazione dell'indennizzo-perizia contrattuale): l'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono. Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 8 "criteri di indennizzabilità" delle condizioni generali di assicurazione debbono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicina al luogo di residenza dell'assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al collegio medico rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le

parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 16 (dichiarazioni relative alle circostanze del rischio): le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).

Art. 17 (pagamento del premio): omissis.

Art. 18 (aggravamento del rischio): omissis.

Art. 19 (diminuzione del rischio): omissis.

Art. 20 (attività diversa da quella dichiarata): omissis.

Art. 21 (altre assicurazioni): omissis.

Art. 22 (proroga dell'assicurazione): omissis.

Disposizioni varie

Art. 23 (modifiche dell'assicurazione): omissis.

Art. 24 (oneri fiscali): omissis.

Art. 25 (rinvio alle norme di legge): omissis.

RISULTATI DELL'INDAGINE ITALIANA

Rischio Assicurato

Sostanzialmente tutte le polizze sono caratterizzate da un'estensione della garanzia assicurativa nel senso che essa riguarda gli infortuni che possono incorrere nello svolgimento sia delle attività professionali dichiarate principali e secondarie sia di quelle non professionali.

Alcune polizze ribadiscono l'estensione della copertura attraverso un elenco delle attività extraprofessionali possibili (vita di relazione, occupazioni famigliari e domestiche, hobbies, comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, ecc).

Fanno naturalmente eccezione le polizze mirate alla copertura di un rischio specifico, quale ad esempio quello

inerente alla circolazione stradale, alle attività di casalinga o di volontariato, ecc.

Nozione di infortunio

Tutte le polizze riproducono, per quanto con qualche variazione irrilevante, la nozione riportata dalla polizza tipo: "evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'invalidità temporanea".

Quanto alla causa si ribadisce la nozione di accidentalità lesiva secondo i canoni classici della medicina legale.

Le conseguenze lesive sono costantemente identificate in "lesioni fisiche oggettivamente constatabili".

Solo apparentemente tale dizione limita il concetto di infortunio alle lesioni che interessano il corpo in senso stretto con esclusione di quelle psichiche.

Queste, invece, devono essere considerate comprese non tanto in quanto secondarie a lesioni strettamente fisiche, ma in quanto esse pure espressione di "fenomeni corporali" in ragione del superamento della "concezione puramente animistica della psiche".

In tutte le polizze, inoltre, si ribadisce la nozione di infortunio come evento complesso nel senso che esso non è identificabile nel solo evento traumatico o nella sola lesione essendo necessario perché si realizzi che all'evento traumatico e alla lesione derivino precise conseguenze di danno rappresentate dalla morte, dall'invalidità temporanea e dall'invalidità permanente.

L'infortunio va quindi visto come un trinomio unitario composto dalla causa, dalla lesione e dal danno.

Rischi inclusi

Tutte le polizze fanno seguire alla definizione di infortunio la specificazione di alcune fattispecie di evento particolari per le quali viene affermata la copertura assicurativa (asfissia, avvelenamento, annegamento, insulti termici, sforzi, malori, ecc).

Trattasi di eventi per i quali la specificazione di rischio incluso appare necessaria onde evitare il contenzioso che potrebbe derivare da eccezioni sulla corrispondenza alla nozione di infortunio o sull'indennizzabilità secondo i criteri delle condizioni generali di assicurazione.

Fra le varie polizze esistono in genere differenze solo in funzione alla numerosità degli eventi considerati rischi inclusi.

Trattasi, comunque, di fattispecie che non provocano problematiche di ordine medico legale, ma che hanno solo una valenza di tipo assicurativo riguardante la maggior intensità del rischio.

Alcune polizze, però, specificano fra i rischi inclusi anche fattispecie diverse da queste e che sono richiamate evidentemente per motivi di politica assicurativa in quanto secondo le condizioni generali di assicurazione vengono normalmente escluse dall'indennizzabilità, provocando spiacevoli situazioni di contenzioso. Più specificatamente si tratta delle punture di insetti, delle ernie e delle rotture tendinee. Per quanto riguarda le punture di insetti alcune polizze pongono una limitazione escludendo situazioni specifiche quali le punture di zecca, la malaria, le malattie tropicali, e altre polizze, pur comprendendole nei rischi inclusi, ne escludono di fatto le conseguenze lesive, non riconoscendo le affezioni di cui l'agente patogeno è veicolato dall'insetto.

Relativamente alle ernie la loro inclusione nella garanzia assicurativa è di fatto non operativa.

Innanzitutto, restano operanti i criteri generali di indennizzabilità, per cui non sono indennizzabili le conseguenze lesive concausate da patologie preesistenti, ed è nozione consolidata che, tranne situazioni eccezionali, le ernie di qualsiasi tipo, si producono con il concorso di una preesistente condizione patologica.

In secondo luogo, nella maggior parte dei casi l'indennizzo è vincolato alla operabilità dell'ernia, per cui esso viene corrisposto in caso di invalidità permanente solo per le ernie non operabili (e comunque fino a un tasso massimo di invalidità del 10%), mentre in caso di ernia operabile viene riconosciuta soltanto una diaria per un periodo massimo di 30 giorni. È stata quindi ripresa pari pari la normativa vigente per l'infortunistica sul lavoro, ma è chiaro che essa non è attuale dal momento che oggi di fatto non esistono ernie non operabili, essendo semmai inoperabile il paziente in quanto affetto da gravi infermità, per cui può diventare allora non assicurabile.

In buona sostanza, con una mano si da e con l'altra si toglie ed è palese l'ambiguità, che potrebbe portare ad un contenzioso per malafede dell'Istituto contraente.

In ordine alle rotture tendinee le strutture che di volta in volta sono richiamate, isolatamente o complessivamente, sono il tendine d'Achille, il tendine del bicipite brachiale, quello del quadricipite femorale e quelli della cuffia dei rotatori, assegnando un tasso di invalidità fisso per gli esiti della lesione indipendentemente dal tipo di menomazione residua.

Rischi esclusi

Sostanzialmente in tutte le polizze, vengono richiamate le fattispecie contenute nella polizza tipo dell'ANIA, salvo indicazioni in alcune di fatti lesivi, la cui indennizzabilità è già di per se vincolata all'aderenza della causa alla definizione di infortunio e all'indipendenza da fatti patologici preesistenti.

In particolare vengono richiamati gli sforzi e gli strappi muscolari, le ernie, le rotture tendinee e l'infarto miocardico. Quanto alle lesioni tendinee in alcune polizze si fa riferimento alla rottura sottocutanea ed in altre alla rottura di tendini in genere. La distinzione è importante perché per rottura sottocutanea si deve intendere la lesione di un tendine decorrente sotto la cute e il sottocute senza interposizione di altre strutture, come per esempio è il caso della cuffia dei rotatori.

Persone non assicurabili

Per la quasi totalità delle polizze l'età massima consentita per l'assicurabilità è di 75 anni.

Solo rare polizze prevedono età diverse, da un minimo di 65 anni ad un massimo di 80 anni.

A tal riguardo si precisa che solo il 5% dei prodotti assicurativi analizzati prevede coperture assicurative estese tra i 75 e gli 80 anni, ciò ad indicare quella linea di riforma che ha investito il settore assicurativo legata a diversi fattori tra cui in primis la consapevolezza del progressivo invecchiamento della popolazione.

In tutte le polizze vengono richiamate le condizioni di non assicurabilità previste dalla polizza tipo dell'ANIA.

Solo alcune polizze prevedono delle condizioni aggiuntive di non assicurabilità, quali malattie gravi in corso di terapia o determinanti conseguenze permanenti di inabilità, epilessia, diabete mellito insulino dipendente o con un tasso glicemico superiore a 1.5 mg%, AIDS, sieropositività all'HIV, cecità, anacusia, gravi mutilazioni.

Prestazioni assicurate

Quasi tutte le polizze prevedono l'indennizzo per la morte, invalidità permanente e l'inabilità temporanea.

Solo per rare Compagnie non risultano previsti nella copertura assicurativa il rischio morte e il rischio inabilità temporanea, trattandosi in genere di polizze per particolari categorie di contraenti (minori di età, casalinghe, nuclei familiari, conducenti di veicoli, associazioni di volontariato).

La morte deve verificarsi entro due anni dall'infortunio, tranne in due casi in cui il limite temporale è di un anno e un altro caso in cui esso non viene indicato, essendo anzi previsto l'indennizzo per i superstiti anche quando la morte avviene dopo la scadenza del contratto.

In un terzo delle polizze viene specificamente contemplata l'ipotesi della morte presunta con previsione di corresponsione dell'indennizzo ai beneficiari o dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta ai sensi di legge o dopo la dichiarazione ufficiale della morte presunta da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Inabilità temporanea

In quasi tutte le polizze la diaria per l'inabilità temporanea è prevista per un tempo massimo di trecentosessantacinque giorni e solo in alcune per un periodo diversificato (centottanta giorni e trecento giorni).

In molte polizze è previsto nelle condizioni generali una franchigia assoluta da un minimo di cinque giorni ad un massimo di trenta giorni, a volte altrimenti per tempi maggiori diversificati in base all'ammontare della diaria.

Invalità permanente

Per l'invalità permanente in meno della metà delle polizze la tabella di riferimento per la valutazione dell'invalità è quella tipo dell'ANIA, in qualche caso con alcune voci aggiuntive.

Nelle altre la tabella è sostituita con quella dell'infortunistica sul lavoro.

In questi casi viene sempre fatta rinuncia da parte della Compagnia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge.

La sostituzione della tabella risulta nelle varie polizze fatta con cinque diverse formulazioni:

- Solo indicazione del D.P.R. del 30 giugno 1965 n° 1124 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" - infortuni;
- indicazione del D.P.R. 1124/1965 con successive modifiche;
- indicazione del D.P.R. 1124/1965 con successive modifiche fino alla data di stipulazione del contratto;
- indicazione del D.P.R. 1124/1965 e successive modifiche fino al 24.07.00 (D. Lgs del 23.02.2000 n° 38 e successivo D.M. 12.07.2000 istitutivo del danno biologico permanente e tabelle delle menomazioni in vigore dal 25.07.00);

- indicazione del D.P.R. 1124/1965 e successive modifiche senza applicazione del decreto legislativo n° 38/2000.

E' chiaro che l'unica formulazione che può dar luogo a contenzioso è quella che prevede l'applicazione della tabella di legge con successive modifiche senza altre indicazioni, per cui anche per contratti stipulati in epoca antecedente al 25.07.2000 la valutazione dell'invalità per gli infortuni accaduti dopo quella data deve essere fatta con riferimento alla nuova tabella di valutazione del danno biologico che è stata introdotta con il Decreto del Ministero del lavoro del 12.07.2000 n° 38. In tal senso si segnala che, allo stato attuale non appare applicabile la tabella INAIL del Dlgs 38/2000 al contratto assicurativo, proprio perché, laddove le polizze prevedano la deroga al contratto assicurativo all'uso delle tabelle di legge, si paga un sovra premio che mediamente è del 10%. Si tratta di un incremento di prestazione (in quanto si passa dalla tabella sulla valutazione dell'invalità generica del soggetto in attività confacenti, alla tabella del danno biologico) con una svalutazione del danno, potendosi trovare in una situazione di inadempienza contrattuale.

Per completezza va segnalato che in un'unica polizza il danno permanente assicurato è quello biologico da valutarsi con riferimento alla tabella del D. Lgs 38/2000.

Nella maggior parte delle polizze è prevista una franchigia assoluta, in genere del 3% o diversificata per fasce di capitale assicurato.

In quasi tutte le polizze viene specificato che l'indennizzo per il danno permanente viene corrisposto per l'invalità verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio.

La ratio di tale specificazione corrisponde evidentemente all'esigenza di evitare contenziosi in merito al rapporto di causa con l'infortunio per asserite condizioni di invalidità denunciati e verificatesi in epoca tardiva.

Diventano pertanto equivoche alcune diverse formulazioni che si leggono in alcune polizze in cui l'indennizzo è vincolato non all'accertamento dell'invalità ma alla stabilizzazione dei postumi dopo 2 anni dall'infortunio.

Con tale formulazione tra l'altro sembra paradossalmente mettersi in discussione l'indennizzabilità di stati invalidanti conseguenti a esiti di lesioni a lenta evoluzione, come può essere per alcune patologie di natura neurologica o infettiva. In altre polizze tale limitazione temporale non viene menzionata.

Ulteriori prestazioni

Altro elemento innovativo emerso nello studio delle polizze

è la presenza sotto forma di clausole particolari aggiuntive, di prestazioni in caso di ricovero, spese di cura, spese farmacologiche, riabilitazione, spese per danni estetici, perdita di anno scolastico, necessità di ausilio di terzi per lo svolgimento degli atti quotidiani della vita, ect.

Anche questo è in linea con quanto precedentemente espresso circa l'evoluzione ed innovazione della polizza infortuni che sempre più cerca di far fronte in maniera complessiva ai bisogni della persona quali conseguenze di un danno ad essa derivato.

Criteria di indennizzabilità

In tutte le polizze, anche se con formulazioni non sempre sovrapponibili sono riportati i criteri di indennizzabilità contenuti nell'art. 8 della polizza tipo dell'ANIA.

La ratio è di eludere agli effetti dell'indennizzo il ricorso di concause sia di lesione che di menomazione, ma, a nostro parere la dizione non è sufficientemente chiara e nel senso voluto perentorio.

Ricordiamo che nell'accadimento di un infortunio possono ricorrere concause di evento, concause di lesione e concause di menomazione.

Le concause di evento sono rappresentate da quei fatti che favoriscono il determinarsi dell'evento traumatico ed esse sono già richiamate nell'elenco dei rischi esclusi, per cui altre fattispecie di concause, diverse da quelle contenute nell'elenco, non interferiscono nell'ammissione dell'indennizzabilità. La concausa di lesione interviene nell'azione lesiva, favorendo la produzione della lesione, aumentandone la gravità.

La concausa di menomazione interviene nelle conseguenze della lesione, facilitando l'instaurazione della menomazione o aggravando la stessa.

Poiché la nozione di infortunio è, come più sopra detto costituita da un trinomio unitario composto dalla causa (evento traumatico), dalla lesione e dal danno (menomazione), un'interpretazione letterale e non razionale dei criteri di indennizzabilità così come riportati nelle condizioni di polizza (conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio) potrebbe far ritenere che le uniche concause determinanti la non indennizzabilità siano quelle di menomazione.

Sarebbe quindi auspicabile una nuova formulazione della clausola con la precisa specificazione delle concause di lesione e delle concause di danno.

Obblighi dell'assicurato

Tutte le polizze richiamano quanto previsto nell'art. 12 della polizza tipo dell'ANIA relativamente alla denuncia dell'infortunio, all'obbligo delle cure e al consenso dell'assicurato alla sottoposizione ai controlli da parte della Compagnia di Assicurazione.

Relativamente alla denuncia esiste fra i vari contratti una variabilità in merito ai termini cronologici di presentazione della stessa.

Nella maggior parte dei casi il tempo indicato è di tre giorni dall'infortunio o da quando ne ha avuto la conoscenza o la possibilità, mentre in altri esso è maggiore fino ad un massimo di sessanta giorni, con esclusione di un contratto in cui non vengono posti limiti di tempo, lasciando autonomia all'assicurato "appena possibile" di informare l'Istituto assicuratore dell'infortunio subito.

Va ribadito per completezza che il limite temporale è sotteso non alla conoscenza dell'evento traumatico o della produzione della lesione, bensì a quelle dell'infortunio, per cui, per quanto più volte detto tale limite di tempo va conteggiato dal momento in cui l'assicurato ha avuto conoscenza del fatto che l'evento traumatico e le conseguenti lesioni sono possibilmente produttive di danno.

Contenzioso

In caso di contenzioso tutti i contratti rimandano la soluzione dello stesso ad un arbitrato irrituale variamente definito.

In 64 tipologie di contratto (49% dei casi) pur adottando diciture variamente formulate che vanno dal "le eventuali controversie di natura medica ...possono essere demandate per iscritto..." e ancora "le parti hanno facoltà di conferire per iscritto..." "potranno essere decise previo accordo scritto tra le parti" "è facoltà di incaricare per iscritto" "su concorde richiesta dell'assicurato e della società ed in alternativa al ricorso all'autorità giudiziaria ordinaria, possono essere demandate con apposito atto scritto", si definisce la possibilità dell'assicurato di utilizzare tale presidio di definizione della lite mediante un apposita autorizzazione scritta.

In 44 polizze (33.8% dei casi) la definizione della lite e lo strumento da adottare risulta essere perentorio e formulato nei seguenti termini "le divergenze sono demandate per iscritto ad un collegio..."; "... le parti si obbligano a conferire con scrittura privata mandato di decidere"; "... si obbligano a conferire mandato con scrittura privata"; "... debbono essere demandate". Infine solo in 22 prodotti

assicurativi (17% dei casi) la formulazione risulta essere alquanto particolare adottando diciture tipo: "... la determinazione dell'ammontare del danno ha luogo mediante accordo diretto tra le parti, ovvero mediante nomina di periti" o ancora "... in caso di divergenza...sul nesso causale tra evento e lesione...si procederà mediante arbitro di un collegio..."; "... in caso di divergenza...si potrà procedere su accordo delle parti in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitro di un collegio medico"; "... ferme restando la facoltà di ricorso al Giudice Ordinario competente, le controversie ... previo accordo scritto tra le parti ... potranno essere decise a mezzo di arbitro rituale o irrituale".

Dall'analisi dei prodotti assicurativi è emerso che solo in 8 contratti (6% dei casi) è previsto l'ausilio della collegiale medica per definire le controversie insorte utilizzando formule che vanno da: "... possono essere demandate per iscritto a due medici"; "... accordo diretto tra le parti mediante nomina di periti"; "... in caso di controversia a richiesta dell'assicurato...da due medici..."; "... le vertenze è definibile a due medici nominati uno per parte"; "... le divergenze ...possono essere demandate per iscritto a due medici, se persiste il disaccordo...".

Tali dati risultano essere del tutto in armonia con la relativa recente abrogazione di alcune clausole vessatorie del contratto assicurativo, nello specifico in tema di obbligo contrattuale all'arbitrato irrituale.

La recente abrogazione è stata recepita allo stato attuale da pochissime Compagnie assicurative attente alle evoluzioni socio-giuridiche, le quali, hanno provveduto a modificare le Condizioni Generali delle Polizze immesse nel mercato dalla loro Compagnia con l'introduzione al ricorso alla Collegiale medica.

In ultima analisi per quasi tutte le polizze viene specificata la natura medica della controversia e l'oggetto della stessa, riguardando quest'ultima sia l'indicazione alla quantificazione del danno da indennizzarsi che l'indennizzabilità dell'evento.

In altre si fa semplicemente riferimento generico a controversie di natura medica e in altre ancora non viene specificata quella relativa all'indennizzabilità.

In sintesi dallo studio è emerso dunque che il settore ed il contratto dopo anni di relativo immobilismo quantitativo e qualitativo, ha subito in questo ultimo ventennio una spinta formalmente innovativa per la parte in cui vengano garantite numerosissime prestazioni aggiuntive, quale espressione di una tendenza ad una tutela onnicomprensiva del rischio biologico uomo, del vero tali cambiamenti risultano più evidenti nelle piccole compagnie di bandiera o inter-

nazionali di recente stabilimento nazionale, retaggio di realtà sociali e giuridiche diverse dalla nostra e comunque risultano dettate più da politiche commerciali che di reale recepimento del bisogno di cambiamento visto che, nella sostanza la struttura contrattuale è rimasta tale, con le conseguenti problematiche da sempre presenti perché non affrontate pluralisticamente.

Solo pochissime compagnie (che per storia ed estensione nel mercato hanno all'attivo anni di esperienza nazionale ed internazionale) attente ai mutamenti giuridico-sociali e ai bisogni dell'assicurato, hanno iniziato a concretizzare nei loro prodotti assicurativi quanto recepito dalle direttive europee in tema di clausole vessatorie e di invecchiamento della popolazione.

Al fine di verificare se le problematiche presenti nel contratto assicurativo nazionale rappresentassero unicamente una realtà nazionale, si è deciso di confrontare le tipologie di coperture assicurative nazionali polizze infortuni con analoghi contratti presenti a livello internazionale.

Sono state dunque prese in considerazioni le coperture assicurative Polizze Infortuni presenti nel mercato: canadese, nord-americano, francese, inglese, tedesco e spagnolo.

Lo studio è sortito dal confronto iniziale con alcuni articoli della polizza tipo ANIA: Art. 1 (Rischio assicurato); Art. 5 (rischi esclusi dall'assicurazione); Art. 7 (persone non assicurabili); Art. 8 (criteri di indennizzabilità); Art.9 (morte); Art.10 (invalidità permanente); Art.11 (inabilità temporanea); Art.12 (denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato); Art.15 (determinazione dell'indennizzo-perizia contrattuale); successivamente si è proceduto confrontando i risultati dell'indagine del mercato internazionale con quanto emerso dallo studio del mercato italiano.

FRANCIA

Sono stati analizzati i principali prodotti assicurativi (polizze infortuni individuali) immessi nel mercato dalle seguenti compagnie: CARDIF; NORWICH UNION; GROUP APRIL; ARCALIS (AGF Group); MEDERIC ASSURANCES; GAV (GROUP MAA: Mutuelles du Mance Assurance).

Polizza: Norwich Protection Accident

Rischio assicurato: le prestazioni sono garantite all'Assicurato e ai suoi beneficiari designati mediante un apprezzabile sostegno finanziario per far fronte alle conseguenze di un infortunio dopo aver sottoscritto il contratto

sotto riserva delle condizioni dell'art. 9 (rischi esclusi).

Sono coperti tutti gli infortuni professionale ed extra professionale del singolo e della famiglia. È allargata la copertura anche al coniuge senza modificare le condizioni di polizza. Sono compresi tutti i rischi con un esaustivo elenco, sia in casa, lavoro, sport preferiti, anche viaggi in aereo.

Tutte le garanzie offerte dalla NPA vengono erogate senza che l'assicurato si sottoponga all'atto della sottoscrizione a questionari od esami sanitari.

La copertura ha validità annuale, ed è rinnovata annualmente alla scadenza.

Definizione di infortunio: per infortunio si intende un attentato corporale non intenzionale da parte dell'Assicurato, provocato esclusivamente da un evento esterno improvviso e impreveduto. Non sono considerati infortuni gli accidenti organici qualificati come tali nel linguaggio medico (accidenti cardio-vascolari, accidenti vascolari cerebrali).

Rischi esclusi (Art 9): tutti gli infortuni verificatosi dopo la sottoscrizione sono garantiti tranne: fatto volontario dell'assicurato, suicidio e tentativo, guerra civile assestamenti atomici, risse, crimini, delitti, terrorismo, alcolemia in base al regolamento vigente, stupefacenti e altri medicinali, armi da fuoco, sport professionali o dilettanti, aviazione, paracadutismo ect.

Prestazioni: la società corrisponde le prestazioni per le conseguenze dirette ed esclusive. (Non vi è menzione al fatto che l'assicurato sia "fisicamente integro e sano").

I capitali garantiti dalla NPA: esistono delle tabelle distinte a seconda degli infortuni accorsi in casa o da infortuni di altra natura, ulteriore distinzione per il tipo di prestazione viene fatta a seconda dell'età con fasce rigorose: 30-39, 40-44, 45-49 ect, fino al massimo di 70-75. L'indennizzo cresce proporzionalmente all'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione.

Morte: in caso di incidente stradale e nel caso di morte dell'assicurato quale conseguenza diretta dell'incidente (morte che deve comunque verificarsi entro 1 anno dall'infortunio) il capitale è triplicato (ciò richiama le nostre coperture tipo ACMA e ACMA IS, che però risultano prestazioni assicurative aggiuntive)¹. Il capitale garantito è esonerato dalle tasse di successione. Si precisa dettagliatamente cosa si intende per incidente della circolazione: sia come pedone, conducente o passeggero di un veicolo di trasporto pubblico o privato sia in Francia che in tutta l'Unione Europea.

¹ ACMA: Assicurazione Complementare per il caso di morte accidentale, raddoppio del capitale nel caso di morte conseguente ad incidente stradale ACMA IS.

Invalidità permanente: il danno è calcolato in funzione dell'età dell'assicurato alla sottoscrizione, oltre che dal capitale assicurato, è prevista come clausola aggiuntiva la copertura vita mista, comunque si precisa sempre che il capitale è esente dalle tasse di successione. Si fa riferimento tassativamente a delle tabelle contrattuali, come detto distinte per fasce di età e capitale assicurato.

Inabilità temporanea: la prima ospedalizzazione deve intervenire durante i 12 mesi successivi l'incidente per avere diritto all'indennizzo. L'indennizzo giornaliero sarà versato per un massimo di 24 mesi e la durata va dal giorno di entrata al giorno di uscita dall'ospedale. A prescindere dall'opzione scelta viene beneficiato con un'indennità di 200 franchi in caso di ospedalizzazione per incidente stradale. Indennizzo massimo è per 2 anni. Tra le altre prestazioni coperte vi è la temporanea per convalescenza, l'assistenza familiare, diarie per ricovero (questo richiama quanto è previsto anche nelle nostre coperture in condizioni aggiuntive), specificando che l'indennizzo non è cumulabile con la copertura sociale.

Obblighi: per beneficiare degli indennizzi è necessaria adeguata certificazione medica che sarà visionata da un nostro esperto medico centrale.

Contenzioso: per disaccordi su spese sanitarie viene nominato un medico delegato che dovrà procedere all'arbitraggio. La NPA prospetta una lista 3 medici esperti, l'assicurato dovrà scegliere il medico che arbitrerà il dossier. L'onorario del medico arbitro è supportato in parti uguali tra le parti. In caso di disaccordo la pratica sarà rivista dal Presidente del Tribunale del "Grande Instance" della giurisdizione di appartenenza.

Polizza: Cardif Garantie Accident

Rischio assicurato: analogo alle disposizioni ANIA tranne che per le seguenti precisazioni "tutte le persone fisiche di età superiore 18 anni e inferiore ai 64 anni. Al 65 anno scade la garanzia invalidità permanente assoluta mentre persiste fino ai 75 anni la garanzia decesso". Il contratto ha durata annuale e si proroga tacitamente alla scadenza.

Definizione di infortunio: analogo a quello dell'ANIA tranne che per le alterazioni corporali non intenzionali da parte dell'assicurato.

Rischi esclusi: analogo all'ANIA, con precisazione che non sono considerati infortuni le malattie quali apoplezia, IMA, aneurismi, epilessia, emorragie cerebrali.

Morte: se conseguenza diretta dell'infortunio e deve verificarsi entro 12 mesi da questo.

Invalidità permanente: si ha l'invalidità assoluta quando l'assicurato ha subito un infortunio corporale che gli impedisca di svolgere un'occupazione o un lavoro a lui proficuo o non è in grado di effettuare le ordinarie occupazioni della vita comune (3 grado della categoria della sicurezza sociale). L'IP soggiace ad accertamento medico e se IP assoluta deve essere notificata da parte della sicurezza sociale (III grado).

Inabilità temporanea: non prevista.

Contenzioso: in caso di disaccordo verifica da parte del medico designato dalla Federazione dei Medici francesi.

Polizza: Mederich Assurance

Rischio assicurato: analogo all'ANIA con età compresa tra 18 e 65 anni.

Definizione di infortunio: tutti gli infortuni corporali non intenzionali determinati unicamente da una causa esterna.

Rischi esclusi: analogo alle disposizioni ANIA con ulteriore precisazione di esclusione di tutte le malattie (salvo quelle conseguenti all'infortunio garantito) delirio tremens, emorragie meningee, ect.

Morte: tutti i decessi causati direttamente da infortuni entro 12 mesi.

Invalidità permanente: analogo alle disposizioni ANIA.

Inabilità temporanea: analogo alle disposizioni ANIA.

Contenzioso: si fa riferimento ad un arbitrage analogo a quello italiano.

Polizza: Arcalis Contract Préviance Accident

Rischio assicurato: analogo all'ANIA con ulteriore precisazione di copertura per infortunio della circolazione stradale da veicolo a motore terrestre. Età 18-74. Durata 1 anno.

Definizione di infortunio: accidenti corporali non intenzionali da azione violenta e impreveduta e da causa esterna.

Rischi esclusi: del tutto sovrapponibile all'ANIA.

Morte: decesso se si verifica entro 12 mesi dall'infortunio con causalità diretta.

Invalidità permanente: conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio che deve verificarsi entro 12 mesi. IPA definita come incapacità permanente di svolgere attività remunerativa o che necessiti di un accompagnatore

per svolgere gli atti ordinari della vita quotidiana. Valutata secondo barèmes della sicurezza sociale come invalidità (3 categoria).

Inabilità temporanea: non prevista.

Obblighi: morte e IPA dichiarata entro 5 mesi dal decesso o dal consolidamento dell'invalidità, mediante certificati medici.

Contenzioso (Art 12 arbitrato): in caso di disaccordo senza rinunciare al diritto di azione legale, potendo fare appello ad un mediatore che coordina la pratica.

Polizza: Group April Survenance

Rischio assicurato: analogo all'ANIA con precisazione dei limiti di età 18-65. Durata annuale rinnovabile.

Definizione di infortunio: Tutti gli accidenti non intenzionali che interessano l'assicurato e che siano secondari ad un'azione brusca e violenta da causa esterna.

Rischi esclusi: analoghi all'ANIA.

Prestazioni: oltre alle classiche, vi è una ricca formulazione tabellata di prestazioni in caso ad esempio di frattura, lussazione, lesioni tessutali ect.

Morte: non prevista.

Invalidità permanente: coperture per IPA o IPP da incidente. Per le IPA si utilizzano i Barèmes per l'invalidità per gli infortuni sul lavoro e/o tabelle stabilite conformemente dalle leggi di sicurezza sociale. Per IPP non definitiva e non stabilizzata, non spetta nessun indennizzo. Le garanzie prevedono tabelle distinte per grado di infermità. La franchigia è del 10%.

Inabilità temporanea: non prevista.

Obblighi: avvisare entro 15 giorni con certificati.

Contenzioso (Art 9 arbitrage): in caso di qualsiasi difficoltà le parti convengono di farsi rappresentare da due arbitri competenti sulla causa della lite, scelti ognuno dalla propria parte. In caso di disaccordo i due possono designare un terzo, ogni parte sostiene le proprie spese a metà per il terzo arbitro.

GAVE DELLA MMA

Polizza: La Garantie des Accidents de la Vie

Si tratta di una copertura infortuni introdotta da pochi anni sul mercato francese. Si caratterizza per gli eventi coperti sia in ambito domestico che privato, oltre che per la co-

pertura di infortuni conseguenti ad interventi medici anche non chirurgici quali i danni subiti in seguito ad anestesia, infezioni contratte in ospedale ect. La filosofia alla base dell'indennizzo del sinistro è molto diversa rispetto a quella italiana.

Rischio assicurato: contratti individuali o per famiglia. L'età è compresa tra 18-65 anni.

In caso di responsabilità di terzi nella causazione dell'infortunio, l'istituto assicurativo si avvale del diritto di surrogazione/rivalsa.

Definizione di infortunio: analogo a quello formulato dall'ANIA con precisazioni di estensione del rischio alla vita privata, accidenti medici, colpa grave dell'assicurato.

Rischi esclusi: analogo a quello dell'ANIA tranne che le precisazioni in merito alle manifestazioni dolorose al rachide di origine non traumatica in seguito ad un danno lieve, e ai danni subiti in occasione di attività professionale, pubblica o sindacale, e di sperimentazione biomedica.

Morte: vengono erogate prestazioni per far fronte al pregiudizio economico e morale dei beneficiari.

Invalidità permanente: esistono diverse opzioni molto chiare e tabellate. Per IPP dall'1 fino 30% corrispondono criteri economici che fanno riferimento all'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione.

Tale tabella prevede un aumento dell'indennizzo tanto maggiore è il danno e tanto minore è l'età dell'assicurato. In queste tabelle vi è un preciso riferimento al danno estetico che tiene conto dell'entità e dell'età. Esistono poi altre due tabelle con opzioni di scelta, una tabella di super valutazione che indennizza solo danni permanenti molto gravi o la morte, un'altra che indennizza qualsiasi danno al di sopra dell'1% e la morte con una valutazione minore. IPP maggiore del 30% o morte; IPP maggiore dell'1% o morte.

IPP maggiore dell'1% inferiore al 30% comprendono anche il danno estetico che non deve superare il 4%, l'indennizzo fa riferimento a barèmes di polizza.

IPP maggiore del 30% prevede diverse prestazioni (aiuto a domicilio, FKT ect) tra cui la morte, il pregiudizio estetico tra cui cicatrici, claudicatio con un danno tra 1 e 7%, il pregiudizio reale ed economico subito dall'assicurato come conseguenza dell'infortunio.

L'invalidità permanente parziale è definita come la riduzione definitiva della capacità fisica, sensoriale o intellettuale della vittima, che gli abbia cagionato delle sofferenze fisiche psichiche e morali legate all'infortunio fino alla consolidazione, a cui corrisponde un indennizzo quantificabile tra l'1 e 7%. Sono altresì comprese il danno esistenziale, l'assistenza da parte di terze persone, il pre-

giudizio morale, il pregiudizio economico.

La valutazione del danno spetta ad un esperto medico della MMA, facendo riferimento ai barèmes indicati dalla legge.

Inabilità temporanea: vi sono altre opzioni quali spese sanitarie.

Obblighi: quando ne ha avuto conoscenza e non più tardi 5 giorni.

Contenzioso: analogo disposizioni ANIA.

GERMANIA

Sono stati analizzati i principali prodotti assicurativi (polizze infortuni individuali) immessi nel mercato dalle seguenti compagnie: ALLIANZ GENERAL AGENTUR, DAS

Antrag auf Unfallversicherung im Allianz Kinderplan Unfall Allianz Unfallversicherung

Antrag auf Dynamische Unfallversicherung und Unfallrente

Antrag auf Unfallversicherung mit Garantierter Beitragsrückzahlung

Rischio assicurato: danno alla capacità corporale o psichica della persona correlata all'incidente nel campo professionale o extraprofessionale. La copertura viene adeguata in base all'età e alla professione. Le prestazioni si incrementano del 5% ogni anno.

Se l'infortunato come conseguenza dell'infortunio subito non può più lavorare, sono previsti aiuti esterni, per far fronte alla disabilità.

Definizione di infortunio (art. 1): un danno da causa fortuita, violenta ed esterna allo stato di salute. Sono compresi nella garanzia anche lo sforzo fisico alla colonna vertebrale, alle articolazioni, ai muscoli, alle capsule, ai tendini che possono essere stirati o rotti.

Persone non assicurabili (art. 4): grave o gravissima incapacità mentale, disabilità, che lo renda abbinabile di cura assistenziale, perdita di coscienza, malattia mentale, crampi, ect.

Rischi esclusi: analogo all'ANIA tranne che per i danni alla colonna vertebrale, emorragie cerebrali, possono questi rischi essere pagati se soddisfano il requisito di infortunio.

Esclusi avvelenamenti o assunzioni corpi solidi e liquidi, il rischio viene invece compreso nel caso di bimbi di età inferiore ai 10 anni.

Prestazioni: tabelle molto dettagliate sia per le prestazioni di invalidità permanente, temporanea e altre prestazioni. Le prestazioni cambiano in base allo stato sociale e quindi alla cassa sociale di appartenenza.

Morte: se muore si paga il capitale più una mensilità per la durata di un anno ai parenti. L'evento deve verificarsi entro un anno dall'infortunio e deve essere direttamente dipendente da questo.

Invalidità permanente: è considerata un danno alla capacità corporale e/o psichica della persona che si è verificata entro 1 anno. Vi è una supervalutazione in base al valore della percentuale di menomazione, all'età e al capitale assicurato. Nel caso di menomazioni plurime monocrone molto gravi, vi è una supervalutazione fino al 400% del capitale assicurato.

Vi è una diretta proporzione tra gravità della menomazione e l'età dell'assicurato in modo che applicando il criterio di valutazione della sommatoria potremmo avere in base all'età il 70% entro i 25 anni, l'80% entro i 50 anni e il 90% entro i 65 anni, fino alla quadruplicazione dell'indennizzo.

Sono previsti danni estetici con indennizzo massimo di 3.000 euro.

Inabilità temporanea: franchigia di 3 giorni, dal 4 giorno la somma raddoppia.

Metà della somma assicurata viene anticipata dopo 3 mesi dall'infortunio, se l'assicurato può tornare al lavoro, o dopo 3 e 6 mesi se l'assicurato presenta un'inabilità al 100% e non può tornare al lavoro. La durata massima è di 3 anni dopo incidente.

Altre prestazioni sono diarie per lunghe gessature o per esempio fratture al femore, indipendentemente dai postumi che si verificheranno, vi è un aumento della temporanea.

Obblighi: entro 1 anno dall'infortunio presentando certificato medico.

Contenzioso (art. 12): l'esercizio dei diritti del contratto non sta alla persona assicurata ma alla compagnia, la quale è responsabile dell'esecuzione delle clausole obbligatorie.

GRAN BRETAGNA

Sono stati analizzati i prodotti assicurativi immessi nel mercato dalle seguenti compagnie assicurative: PRUDENTIAL CORPORATIO; NORWICH UNION; LLOYD'S. LLOYD'S

Polizza: Accident Insurance (LLOYD'S)

Rischio assicurato: analogo ANIA con aggiunta di "in coincidenza con un viaggio".

Definizione di infortunio: identificato come quell'incidente fortuito, violento, ed esterno indipendente da altre

cause che abbia attentato l'integrità psicofisica dell'assicurato.

Persone non assicurabili: non ci sono persone non assicurabili ma eventi non assicurati.

Rischi esclusi: analogo ANIA specificando anche AIDS, ARC, ect.

Prestazioni: morte, la totale perdita della vista da entrambi gli occhi, la totale perdita della vista da un occhio, perdita di due arti, perdita di un arto, perdita un occhio e un arto, la permanente e totale disabilità, la temporanea e totale disabilità, la temporanea disabilità parziale, nel caso di permanente e totale disabilità o di temporanea totale disabilità le prestazioni assicurate saranno aumentate fino ad un 15%.

Morte: entro 12 mesi dall'infortunio come causa diretta di questo

Invalidità permanente: definizioni precise di IPT e IPP, che fanno comunque riferimento alla persona e alla capacità lavorativa specifica. L'invalidità permanente totale entro 12 mesi dalla stabilizzazione dei postumi, negli altri casi (non totale) entro 12 mesi dall'infortunio.

Inabilità temporanea: prevista una totale incapacità a svolgere attività professionali o extraprofessionale e, una parziale (50%) incapacità a svolgere attività professionali o extraprofessionale per un massimo di 365 giorni.

Obblighi: obbligo all'atto della sottoscrizione compilazione di un questionario anamnestico e sanitario, e di sottoporsi agli accertamenti sanitari disposti dalla compagnia, inoltre l'obbligo di informare se vi è un aggravamento delle condizioni fisiche o l'insorgenza di condizioni fisiche o di natura professionale o extraprofessionale che aggravino il rischio. Denuncia di infortunio il più precocemente possibile.

Contenzioso: analogo all'ANIA.

NORD AMERICA

Sono stati analizzati i prodotti assicurativi immessi nel mercato dalle seguenti compagnie assicurative: BMA (Business Men's Assurance); AMERICAN INTERNATIONAL UNDERWRITEN BY UNION FIDELITY LIFE INSURANCE COMPANY; RGA (Reinsurance Group of America Incorporated); AGE FINANCIAL COMPANY. AEG

Polizza: Accidental Death & Dismemberment Insurance

Rischio assicurato: analogo all'ANIA con ulteriori pre-

cisazioni: la copertura assicurativa è valida nei casi di infortunio con conseguente invalidità permanente o morte. La garanzia è prestata per soggetti di età compresa tra i 18-74 anni.

Tale copertura può essere estesa ad un familiare minore fino ai 23 anni se questo è completamente disabile, ai bambini che riportino in seguito ad un infortunio un'invalidità almeno del 10% con un indennizzo massimo di 5.000 dollari.

Definizione di infortunio: analogo all'ANIA.

Rischi esclusi: analogo all'ANIA ma con un elenco tassativo e dettagliato, per esempio vengono esclusi gli infortuni da lenti a contatto, occhiali, sono altresì esclusi dalla copertura check up di normale controllo, le cure dentarie, chemioterapia, sperimentazioni, test genetici, medicina alternativa, disturbi psichici, cure ambulatoriali psichiatriche, interventi e cure estetiche, ect.

Morte: analogo all'ANIA entro 1 anno in diretta dipendenza.

Invalidità permanente: esiste il limite temporale di 12 mesi al verificarsi degli esiti, i benefici economici sono ridotti del 50% se l'infortunio colpisce un soggetto di età superiore ai 70 anni. L'indennizzo procede facendo riferimento a tabelle dettagliate e tassative, che variano a seconda del capitale, dell'età e del pregiudizio derivato. Nel caso di un infortunio con conseguenze di invalidità plurime monocrone si indennizza solo la menomazione più importante.

Inabilità temporanea: tutto dettagliato in tabelle, tra cui, cure intensive, costo comune camera, day hospital, tipo prestazioni, ossigenoterapia, trasfusione sangue, FKT non più di 5 trattamenti per singola menomazione, ambulanza fino ad un massimo di 100 dollari.

Esistono varie opzioni in base ai capitali assicurati. Le spese sono coperte fino a 365 giorni dall'infortunio.

Obblighi: la morte o l'invalidità permanente deve verificarsi entro 120 giorni dall'infortunio.

Contenzioso: per eventuali dispute si invia la documentazione al Call Center della Compagnia.

RGA

Polizza: AD & AD and Business Travel Accident Insurance Limitation

Rischio assicurato: infortuni, malattie e copertura sanitaria per lavoratori universitari tra cui infortunio in itinere.

Definizione di infortunio: analogo ANIA che deter-

mini un danno oggettivamente constatabile nel corpo o nella mente di qualsiasi tipo escluse le infezioni da taglioferite o da alcolismo a seconda della legge dello Stato in cui si verifica.

Rischi esclusi: analogo all'ANIA solo che esiste un elenco tassativo e dettagliato precisando tra l'altro che in caso di un beneficio economico da parte del Worker's Compensation or Occupational (analogo al nostro INAIL) non vi sarà alcun indennizzo.

Prestazioni: analogo all'ANIA solo che molto dettagliato e con definizioni di ogni evento previsto in polizza.

Morte: entro 1 anno causa diretta.

Invalidità permanente: tabelle di tariffazione.

Inabilità temporanea: al massimo 365 giorni con un massimo di capitale garantito oltre ad altre prestazioni elencate.

Obblighi: informare il prima possibile con certificazione medica.

Contenzioso: 30 giorni per presentare reclamo a diversi uffici a seconda del tipo di pratica, questa sarà poi vista da un esperto medico centrale.

RELIABLE LIFE INSURANCE COMPANY

Polizza: Student Accident Insurance Policy 2002/2003

Rischio assicurato: infortuni durante l'attività scolastica. Diverse opzioni, copertura 24/24 ore o variabili; altre possibilità di copertura per tutti i giorni compreso il viaggio di trasferimento alla scuola. La prestazione viene raddoppiata in caso di incidente stradale a bordo di un veicolo scolastico.

Definizione di infortunio: analogo all'ANIA. Causalità diretta che abbia conseguenze fisiche o psichiche (definizione dettagliata di alterazione fisica e psichica).

Persone non assicurabili: bambini al di sotto dei 6 mesi o non studenti (largo elenco).

Rischi esclusi: fuori dall'orario scolastico, o durante i giorni di festa, dolo o colpa grave nella causazione dell'infortunio, lenti a contatto, occhiali, apparecchi acustici, ampio elenco.

Prestazioni: analogo ANIA oltre a coperture sanitarie molto dettagliate.

Morte: entro 1 anno dall'infortunio con un solo beneficio economico. Con benefici diversi secondo l'opzione tabellare scelta.

Invalidità permanente: tabella rigida con distinzio-

ne tra danno anatomico o funzionale, indennizzo con criterio del danno maggiore, entro 90 giorni dall'infortunio se dovesse seguire la morte si avrà un unico beneficio economico in genere il maggiore. La valutazione dell'IP deve essere fatta mediante produzione di idonea certificazione medica.

Inabilità temporanea: capitale liquidato è illimitato nel senso che fanno fede le ricevute sanitarie tutte provenienti da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione, le quali saranno verificate da un medico centrale di compagnia. Rimborso spese odontoiatriche, nel caso di bambini piccoli può essere rivista la pratica dopo anni con valida certificazione medica. Ulteriori malattie temute coperte, con un massimale definito considerando anche la necessità di assistenza da parte dei genitori del minore.

Obblighi: la compagnia ha diritto di visitare lo studente, questo è tenuto obbligatoriamente a denuncia alla compagnia entro 30 giorni dall'infortunio con documentazione sanitaria.

Contenzioso: scheda per i reclami che deve essere inoltrata alla direzione centrale della compagnia.

NTUC INCOME INSURANCE COOPERATIVE LIMITED

Polizza: Personal Accident Insurance Policy

Rischio assicurato: onnicomprensivo, morte, infortunio, spese mediche, emergenza, tumulti, terremoti, inondazioni, che causano infortunio o morte.

L'oggetto dell'assicurazione e quindi il rischio incluso viene dettagliatamente e tassativamente elencato.

Definizione di infortunio: qualsiasi incidente da causa violenta accidentale esterna e visibile, le cui conseguenze siano la morte o la disabilità collegate come causa diretta all'evento, e che devono necessitare di intervento-terapia medica o chirurgica.

Rischi esclusi: analoga all'ANIA, oltre a presenza di fattori fisici o psichici preesistenti, gravidanza, uso di motocicletta, arti marziali, e colpa lieve dell'assicurato.

Prestazioni: i benefici e le compensazioni sono dettagliatamente riportate in tabelle che per ogni evento detta prestazioni economiche specifiche, 100% in caso di morte, raddoppio del capitale se l'infortunio si verificata durante il week end, le feste pubbliche o scolastiche.

Morte: specifica tabella di compensazione. Il massimo

indennizzo (100%) viene liquidato in caso di morte verificarsi entro 12 mesi dall'infortunio per causa diretta con questo.

Invalidità permanente: disabilità permanente deve verificarsi entro 12 mesi. Sono previste tabelle dal 2 al 100% di invalidità, tabelle molto dettagliate con possibilità di scelta di varie opzioni. Per esempio qualsiasi dito della mano vale 10%, qualsiasi dito del piede vale 2%, se non tabellato si può richiedere il consulto di un esperto medico centrale e comunque la percentuale non fa mai riferimento alle occupazioni confacenti dell'assicurato.

Inabilità temporanea: disabilità fino ad un massimo di 104 settimane, con franchigia di 6 giorni. Sono comprese e dettagliatamente descritte le spese mediche che vengono rimborsate.

Obblighi: denuncia entro 30 giorni dalla data dell'infortunio.

Contenzioso: i reclami vengono inviati direttamente presso il Centro Medico fornendo la documentazione sanitaria. Il CM ha 7 giorni di tempo dal ricevimento delle informazioni per rispondere e far interessare il loro medico esperto. In caso di disaccordo si addice l'arbitration, che ha unicamente lo scopo di definire l'ammontare del quantum.

RGA Reinsurance Group of America Incorporated

Polizza: International Businessmen's Insurance Overseas Travel Accident Insurance Policy

Rischio assicurato: polizza per uomini d'affari che viaggiano oltre oceano, molto dettagliato e ampio. Coperti anche i viaggi di studio o di ricerca. Definizione analoga ANIA specificando durante i viaggi, dalle ore 4,00 pm del giorno di partenza alle 4,00 pm del giorno del rientro, in caso di ritardo aereo vi è proroga automatica di 24 ore.

Definizione di infortunio: analogo ANIA.

Persone non assicurabili: non vi sono persone non assicurabili ma rischi non assunti.

Rischi esclusi: analogo ANIA, malattie mentali, perdita di protesi artificiali, occhiali, dentiere,

Prestazioni: analogo alle coperture ANIA con le seguenti precisazioni.

Morte: entro 180 giorni dall'infortunio.

Invalidità permanente: indennità da impedimenti

fisici dopo 180 giorni dall'infortunio che abbia determinato la perdita di parte del corpo o delle sue funzioni. La valutazione secondo tabelle col criterio aritmetico dell'addizione.

Inabilità temporanea: prestazioni sanitarie elenco dettagliato per un massimo di 365 giorni.

Obblighi: di informare la compagnia di eventuali cambi di rischio, pena nullità del contratto, di informare dell'infortunio o della morte appena possibile con certificati medici rilasciati da personale sanitario abilitato all'esercizio.

Contenzioso: sui dettagli del contratto o sul pagamento del beneficio, per l'assicurato o i beneficiari, è possibile rivolgersi alla commissione arbitrale centrale di compagnia.

RGA Reinsurance Group of America Incorporated

Polizza: Student Accident Insurance the University British Columbia

Rischio assicurato: esclusivamente per studenti universitari e dottorati di ricerca, anche durante esercitazioni scolastiche o sul campo.

Definizione di infortunio: analogo all'ANIA specificando la causa diretta, esclusiva e indipendente da altre cause.

Persone non assicurabili: non vi sono persone non assicurabili, ma eventi non assicurati.

Rischi esclusi: analoghi ANIA, oltre occhiali, lenti a contatto ect.

Prestazioni: capitale massimo e tabelle dettagliatissime. Ogni prestazione è anticipata dalla sua dettagliata definizione.

Morte: evento principale, entro 1 anno dall'infortunio, prestazione corrisponde al massimo della somma assicurata.

Invalidità permanente: perdita dei due occhi, prestazione corrisponde al massimo della somma assicurata. Sordomutismo prestazione corrisponde al massimo della somma assicurata. Perdita un occhio 2/3 della somma assicurata. Perdita della favella (difficoltà ad articolare parole comprensibili) 2/3 somma assicurata. Perdita una mano 1/3 somma; perdita un piede 1/4 somma ect. Definizione di perdita di un braccio (al di sotto del gomito) o di una gamba (al di sotto del ginocchio), perdita dito sia completamente sia solo falange ect. L'invalidità permanente deve verificarsi entro 1 anno dall'infortunio.

Inabilità temporanea: prestazioni rimborsate con un

massimo di capitale definito. Denuncia entro 30 giorni dall'infortunio per un massimo di 180 giorni, elenco tipo FKT, cure dentarie se dipendenti da infortunio, ect.

Obblighi: certificazioni sanitarie rilasciate da sanitari abilitati all'esercizio.

Contenzioso: viene demandata la pratica alla direzione centrale della compagnia.

SPAGNA

Sono stati analizzati i prodotti assicurativi immessi nel mercato dalle seguenti compagnie assicurative: MUTUA GENERALI DE SEGUROS, CLINICUM ASSEGUANCES.

In Spagna esistono assicurazioni contro gli infortuni, sia sotto forma di polizze singole, industriali e collettive, queste ultime legate in genere alle assicurazioni sociali dei lavoratori; assicurazioni contro gli infortuni per viaggiatori (in particolar modo ferrovie e autobus); polizze di responsabilità civile generale (in cui è compresa la responsabilità professionale del medico); polizze di responsabilità obbligatorie di cui la più importante è la polizza di responsabilità civile per i veicoli a motore. Per ognuno di questi ambiti esiste una modalità di valutazione e di conseguente risarcimento-indennizzo diversa.

Nelle assicurazioni private contro gli infortuni ogni società offre percentuali di indennizzo diverse a seconda del contratto. Solo eccezionalmente il prontuario di una società di assicurazioni fa riferimento a sequele di tipo funzionale. In tale ambito, il perito deve utilizzare e valersi di altri prontuari e calcolare, comparativamente quanto spetta all'assicurato.

Le coperture assicurative prevedono delle "tablas de indemnizaciones" distinte in apparati e in sequele. Tali tavole erogano prestazioni sia in caso di morte, di "incapacidad temporal" che in caso di "secuelas".

L'incapacità temporale considera il periodo in cui l'assicurato a causa dell'infortunio è stato costretto al ricovero ospedaliero e l'eventuale periodo di riabilitazione fuori dell'ospedale, o comunque che determini incapacità parziale o totale alla sua attività professionale svolta abitualmente.

Per le sequele (corrispondente alla nostra invalidità permanente) esiste una classificazione con dei parametri percentuali prefissati, e tali sequele devono essere conseguenze

dirette dell'infortunio. La loro valutazione, fatta caso per caso, si compendia di una valutazione di base alla quale si dovranno considerare fattori di correzione in base alla maggiore o minore incidenza che tale lesione ha nello specifico individuo.

Nelle polizze per i viaggiatori, le varie sequele vengono valutate assegnandole ad una categoria (quattordici in tutto) di percentualizzazione del danno a cui corrisponde un indennizzo fisso.

La polizza di responsabilità civile per i veicoli a motore, obbligatoria per legge, prevede l'applicazione di tabelle tassative.

Il 95% delle situazioni rilevabili in un infortunio e quindi delle problematiche in ambito di assicurazioni contro gli infortuni e di polizze per viaggiatori, potrebbero essere risolte facendo riferimento ad un prontuario che poggia su studi condotti in Spagna dal CEREDOC. Tale prontuario prevede l'obiettivazione delle sequele comportanti una perdita biologica, tra le quali dovrebbero rientrare le cicatrici cutanee, gli esiti di alterazioni anatomiche a prescindere da conseguenze funzionali, le sequele di ordine funzionale e di sequele non obiettivabili ma i cui sintomi sono frequenti nella clinica di assistenza, quali le nevralgie intercostali, i dolori condrali, il dolore pleurico, il materiale di osteosintesi ect².

In Spagna vi è dunque la consapevolezza e si avverte l'esigenza di modificare il sistema di indennizzo in ambito assicurativo privato e di risarcimento, mediante un sistema che unifichi le sequele derivate ad un individuo. Sistema che possa essere utilizzato senza distinzioni in una polizza contro gli infortuni o di responsabilità civile anche se, logicamente le ripercussioni economiche saranno diverse nei due ambiti.

Dall'analisi è emerso altresì che in caso di disaccordo fra impresa e assicurato, in polizza privata si procede alla "resolution", risoluzione, l'equivalente del nostro Arbitrato che prevede però l'intervento dell'Ufficio Competente della Direzione Generale della Sanità in caso di contestazione.

In ambito di cause civile la procedura coincide con quel-

la italiana dove alle operazioni peritali interviene sia il medico della compagnia che il medico specialista per l'assicurato.

Dall'indagine internazionale emerge che il sistema assicurativo privato francese in tema di polizza infortuni individuale, risulta essere molto simile alle nostre condizioni generali di polizza, facendo anch'essi riferimento per la valutazione del danno ad un "tax d'incapacité" cioè una quantificazione del così detto "handicap fonctionnel ou physiologique" per calcolare l'entità del danno da indennizzare come conseguenza del pregiudizio subito.

Il contenzioso tra assicurato e società viene regolato dalla Collegiale Arbitrale, l'analisi quindi delle coperture assicurative ha evidenziato la sostanziale analogia alla polizza tipo ANIA per quanto concerne l'oggetto dell'assicurazione, il concetto di infortunio e i rischi esclusi. L'aspetto innovativo si sostanzia invece nell'adozione del concetto di danno alla persona intesa nella sua integrità psicofisica.

Per quanto concerne le coperture vigenti in Gran Bretagna, gli elementi costitutivi del contratto assicurativo, richiamano per certi versi le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione della polizza tipo ANIA, anche se risultano essere molto più dettagliate ed esaustive con definizioni precise per ogni tipo di garanzia assicurata. Infatti è emerso che quando insorge un disaccordo tra la Società assicuratrice e l'Assicurato sulla liquidazione proposta in ambito di polizza privata si arriva all'arbitrato in ambito civilistico, giungendo fino a rivolgersi all'Autorità Giudiziaria perché provveda alla tutela di un diritto o di un interesse. In caso di arbitrato l'impresa nomina un medico specialista esperto nella disciplina cui afferisce il problema valutativo che abbia un certo prestigio e autorevolezza. In caso di azione giudiziaria il medico esperto fa parte dell'equipe che collabora con l'avvocato cui l'impresa affida la causa.

Fondamentale differenza si riscontra invece nel concetto tecnico-giuridico del danno alla persona a cui si fa riferimento almeno nei contratti di ultima generazione oltre che nel conseguente indennizzo che, in Italia è legato all'invalidità permanente generica o ultragenerica rapportata poi alle tabelle ANIA o INAIL, nel mercato inglese la polizza infortuni prevede l'indennizzo nel caso in cui l'assicurato sia impossibilitato a proseguire la sua abituale attività lavorativa e quindi facendo riferimento ad un'invalidità permanente specifica. Altra sostanziale differenza è la presenza di un questionario anamnestico sanitario

² Gentile concessione del Prof. Cesar Fernandez Borobia; Valoración de Danos Personales, causados en los accidentes de circulación; La Ley Actualidad; 1996.

sottoscritto dall'assicurato all'atto della stipulazione della polizza che richiama le nostre coperture vita mista senza visita medica.

Le coperture assicurative Nord Americane in generale, prevedono che quando la persona assicurata riporti, in conseguenza di una lesione, la morte, un'invalidità permanente oppure l'ospedalizzazione entro 24 mesi dalla data dell'infortunio, la Compagnia paghi l'ammontare di un beneficio specificato nel contratto. Nei contratti sono riportate tabelle che fissano il tipo di indennizzo: per l'ospedalizzazione lo 0,5% per ciascuna settimana, per specifiche menomazioni; per le invalidità permanenti non tabellate una percentuale non superiore al 50% del capitale stabilito, per la morte o l'invalidità permanente assoluta il 100% della somma assicurata. Esiste quindi una pedissequa applicazione delle "schedule of benefits".

Quando si verifica un disaccordo sulla valutazione offerta, la Compagnia chiede un controllo medico "medical examination" eseguito dal medico curante od ospedaliero o da quello scelto tra quelli iscritti all'albo professionale. In caso di contenzioso viene effettuato un arbitrato nel rispetto delle norme imposte dal "Chartered Insurance Institute" che equivale alla nostra ANIA.

Solo formalmente esiste un'analogia assicurativa, essendo le basi tecniche connaturate da una matrice "previdenziale". In realtà lo scenario socio-economico, giuridico e tecnicistico ha fatto sì che nella pratica il contratto, formalmente chiaro e incomprensibile, risulti agli occhi dell'assicurato europeo carente per l'aspetto di tutela degli stati di bisogno legati al rischio biologico uomo.

Le coperture tedesche denotano un rigorismo tecnico e concettuale che lascia sicuramente poco spazio alle controversie e al contenzioso, che in pratica risulta essere assai raro, e qualora si verifichi un falso scattano congiuntamente sempre il procedimento penale e quello disciplinare, entrambi con pene severissime. Al contempo però, l'assicuratore tedesco ha dimostrato sensibilità nei confronti dei bisogni del cittadino-assicurato oltre che attenzione nei confronti dell'evoluzione scientifica. Dimostrazione di ciò sta nel fatto che, lo stesso, si è fatto carico di tradurre concretamente tali aspetti introducendo l'innovativa valutazione del danno alla persona nella sua essenza, che non è unicamente corporale ma anche psicologica e sociale.

Si conclude con l'indagine spagnola che ha evidenziato delle coperture assicurative del tutto sovrapponibili a quella Tipo proposta dall'ANIA, esaltando altresì la consapevolezza e l'esigenza da parte del mondo accademico

spagnolo, di modificare il sistema di indennizzo in ambito assicurativo privato, utilizzando un sistema che unifichi le sequele derivate ad un individuo. Sistema che possa essere utilizzato senza distinzioni in una polizza contro gli infortuni o di responsabilità civile anche se, logicamente le ripercussioni economiche saranno diverse nei due ambiti.

A conclusione le risultanze emergenti dallo studio comparativo delle coperture assicurative -Polizze Infortuni- italiane ed internazionali, ci consente le seguenti considerazioni finali.

È indubbia la crescita ed il rafforzamento del ramo infortuni nel nostro Paese, come la dilagante tendenza tra le Compagnie a modificare i contratti emessi mediante l'aggiunta di prestazioni assicurative aggiuntive garantite, volte a soddisfare i bisogni dell'assicurato. La giustificazione di tale risposta "innovativa" da parte delle compagnie è ascrivibile ai molteplici mutamenti sociali e politici intervenuti in questi ultimi anni, che non sono stati privi di conseguenze, prime fra tutte il bisogno di tutela da parte del cittadino.

Le compagnie cosce del loro rilevante ruolo nelle politiche sociali ed economiche del Paese, hanno risposto mediante la profusione di prodotti formalmente mutati ma che sostanzialmente ricalcano per tecnicismo, la struttura contrattuale di sempre. Del resto, nell'ordine morale come in quello materiale, ogni mutamento non si manifesta che al momento opportuno, quando l'ambiente necessario è preparato a riceverla e quando gli elementi costitutivi siano stati sufficientemente raffinati per produrla e nutrirla. A ciò non si sottrae lo stesso settore assicurativo, portandolo ad interrogarsi sul nuovo ruolo che è chiamato ad occupare nella nostra società.

Il cambiamento futuro richiede uno sforzo congiunto da parte delle Istituzioni e nelle Istituzioni, nonché indispensabili condizioni di educazione morale e di tecnicismo.

Solo poche compagnie attente ai mutamenti giuridico-sociali e ai bisogni dell'assicurato, hanno iniziato a concretizzare nei loro prodotti assicurativi quanto recepito dalle Direttive europee e dagli orientamenti scientifico-dottrinari, in merito all'invecchiamento della popolazione e alla visione dell'assicurato come persona biologica su cui grava l'aleatorietà del rischio vita.

La situazione europea è sovrapponibile alla nostra in merito alla struttura tecnica del contratto in generale, evi-

denziando però nei Paesi dove la compartecipazione tra Pubblico e Privato è realtà istituzionalizzata, la sostanziale trasformazione del contratto assicurativo quale forma di tutela della persona nella sua essenza che non è eminentemente fisica ma anche psico-sociale.

Pertanto il monito forte e univoco emerso dall'indagine, è l'esigenze di trasformare radicalmente la polizza infortuni che (in quanto copertura mista, afferisce per le conseguenze invalidanti alle norme sull'assicurazione contro i danni e per le conseguenze mortali a quella sulla vita), interessando aspetti connaturati alla vita stessa, trova la sua collocazione naturale in una sezione attinente alle persone.

Il legislatore francese conscio di tale problematica, ha fatto tale distinzione, ripartendo e definendo dei precisi segnali nei punti dove l'assicurazione infortuni deve sfuggire alle regole dell'assicurazione danni senza comunque essere confusa con l'assicurazione sulla vita. Una volta che fosse accettata la tesi delle assicurazioni dei rischi della persona umana e, una volta ammesso che di queste facciano parte, al pari della vita, tanto gli infortuni che le malattie, si potrebbe arrivare nel prossimo futuro a concepire prodotti assicurativi infortuni e/o malattie di durata permanente con premio fondato sulla reale valutazione del rischio biologico-uomo che rappresenta l'oggetto della tutela.

Si auspica quindi una prioritaria revisione codicistica addirittura con la costituzione di un codice armonizzato delle assicurazioni che deve valere per tutti i paesi europei, nonché la trasformazione della polizza infortuni in polizza della persona o polizza danno della persona, già esistente, seppur in forma embrionaria, in Francia, in Germania ed in Gran Bretagna.