La malattia è qualsiasi alterazione dell'integrità anatomica e funzionale di un organismo, il peggioramento del quadro sanitario di un soggetto in precedenza sano, la necessità di un percorso terapeutico, chirurgico, medico o farmacologico

Il contratto di assicurazione malattia si fonda sulla definizione di questo evento in quanto, assicurativamente parlando, per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Però la polizza malattia opera sia in caso di malattia che infortunio in quanto opera in ogni caso di alterazione dello stato di salute

La necessaria delimitazione del rischio è quindi data attraverso specifiche esclusioni inserite in polizza inoltre la semplice indagine diagnostica, eseguita a scopo preventivo, non è qualificabile come malattia in quanto manca l'alea. Il ricorso a visita da un medico è un evento aleatorio mentre il check up dipende solo dalla volontà dell'assicurato.

Quindi la polizza malattia esprime sia un carattere evolutivo che un accertamento obiettivo, attestato da un medico che certifica l'alterazione dello stato di salute, anche se dipendente da un infortunio

La polizza malattia pertanto prevede

- un ricovero (degenza e pernottamento)
- un day hospital (solo degenza)
- un intervento chirurgico (atto medico, effettuato con strumenti chirurgici, cruento o meno, sicuramente invasivo, diretto su organi o tessuti, finalizzato a sanare una situazione morbosa

Il tutto deve essere documentato attraverso una cartella clinica

Quindi l'oggetto della copertura assicurativa riguarda la cura della malattia nella sua fase acuta (trattamenti per un periodo di tempo definito) prevedendo un rimborso in forma di capitale. Non sono quindi previste erogazioni continuative ne una rendita.

Essendo la malattia un percorso evolutivo sono di grande importanza

- la compilazione del questionario sanitario
- le carenze
- le esclusioni

Le fasi della malattia sono principalmente due

- l'insorgenza - il momento in cui in una persona avviene una variazione del suo stato di salute che da sano lo porta ad essere ammalato
- la manifestazione - il momento in cui si ha l'inizio della malattia cioè quando compaiono i sintomi

La conoscenza della malattia , importante ai fini assicurativi, si ha o con il manifestarsi dei sintomi o tramite una diagnosi.

Il quadro delle malattie è estremamente variegato, quindi di difficile valutazione in termini di rischiosità pertanto è necessaria una precisa valutazione che può essere effettuata grazie ad una scrupolosa compilazione del questionario sanitario. Lo stesso rientra nelle dichiarazioni contrattuali quindi ha un importante validità giuridica.

Cosa contiene il questionario

Elenco di quesiti che è più facile trovare in un questionario sanitario
▸ Precedenti invalidità da infortunio e/o da malattia ▸ Precedenti ricoveri e/o interventi chirurgici ▸ Patologie di cui l'assicurato soffra o abbia sofferto in passato ▸ Presenza di difetti o malformazioni, fisiche o funzionali ▸ Presenza di esami o altri accertamenti diagnostici dai quali sono emerse anomalie rispetto ai valori normali ▸ Stati di salute che rendono il soggetto non assicurabile (ad es. tossicodipendenza, alcolismo, sieropositività e altre) ▸ Uso di sostanze quali alcol, tabacco o stupefacenti ▸ Presenza di patologie di tipo ereditario (di cui soffrano o abbiano sofferto anche dei familiari) ▸ Medicine assunte in modo continuativo ▸ Per i soggetti di sesso femminile, disturbi di tipo ginecologico e altre malattie, aborti ecc. ▸ Precedenti assicurativi (polizze in corso per gli stessi rischi, polizze annullate, ecc.)

Il questionario sanitario non è necessario in quelle polizze che prevedono una minore esposizione per l'assicuratore (diarie da ricovero e convalescenza) per le quali bastano le c.d. dichiarazioni contrattuali in cui si precisano solamente i ricoveri degli ultimi anni o l' esistenza di gravi patologie

In base alle dichiarazioni dell'assicurato possiamo avere

- soggetti assicurabili
- soggetti non assicurabili
- soggetti assicurabili solo a condizioni particolari

▸ Previsione di specifiche esclusioni generali
▸ Esclusione di organi o apparati interessati da una malattia
▸ Riduzione delle somme assicurate
▸ Inserimento di franchigie o scoperti
▸ Aumento della durata dei periodi di carenza

Nelle polizze malattia è sempre previsto un periodo di carenza, cioè un arco temporale di durata differente, in cui la polizza è valida ma non operativa. Questo è per evitare la possibilità che una qualsiasi forma di malattia sia in atto al momento della sottoscrizione . E' vero che l'assicuratore è tutelato dagli articoli

1892 c.c. e 1893 c.c. in merito a dichiarazioni inesatte o reticenti rese con colpa e dolo ma è comunque gravato dall'onere della prova come prescrive l'art. 2697 c.c., pertanto trascorso un certo lasso di tempo è più facile ipotizzare che la malattia sia insorta dopo la sottoscrizione del contratto.

Carenze diverse per eventi diversi

Periodi di carenza differenziati per tipo di evento assicurato		
Evento		Carenza *(può variare da Impresa a Impresa)*
1	Infortunio e aborto conseguente a trauma	nessuna
2	Malattie insorte dopo (o non conosciute) al momento della sottoscrizione	30-60 giorni
3	Malattie insorte prima della sottoscrizione ma non conosciute dall'assicurato	180 giorni
4	Malattie manifestate e conosciute dall'assicurato al momento della stipulazione e dichiarate dal medesimo	180 giorni
5	Parto	270-300 giorni

In caso di sostituzione di una polizza la carenza decorre dalla data di effetto della polizza sostituita per le somme e le garanzie che restano invariate mentre decorre dalla data della polizza sostituente per le somme o le maggiori prestazioni previste nel nuovo contratto.

Eventi esclusi

Elenco di possibili esclusioni presenti in una polizza malattia

L'Assicurazione non è operante per le spese relative a:

- conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dal Contraente/Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza
- accertamenti diagnostici, cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla data di stipulazione della polizza
- eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia
- malattie professionali, come definite dal D.P.R. 30/06/65, n. 1124
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica – ubriachezza, da uso di droghe stupefacenti e/o allucinogene, da uso non terapeutico e abuso di psicofarmaci, da manifestazioni acute di malattie mentali, epilessia
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza
- prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio (escluse protesi)

L'Assicurazione non è operante per le spese relative a:

- prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali, per esempio, le omeopatiche e fitoterapiche
- cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne
- acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche
- degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento
- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia

L'Assicurazione non è operante per le spese relative a:

- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche
- conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona
- conseguenze della pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere
- conseguenze della partecipazione a corse, gare o competizioni (e relative prove e/o allenamenti) che comportino l'impiego di veicoli o natanti azionati da motore
- conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di mezzi a locomozione aerea
- conseguenze di infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquea
- conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ubriachezza

Nelle polizze malattia il rischio ha un carattere evolutivo pertanto è fondamentale l'età dell'assicurato oltre alla provincia di residenza (i costi della sanità non sono omogenei sul territorio nazionale).
Per quanto riguarda l'età, dopo i 50 anni si verifica una forte crescita della curva di morbilità pertanto le compagnie prevedono premi più elevati oltre a porre un limite sia all'età di ingresso che alla permanenza nel rischio.
Può essere anche prevista una clausola di indicizzazione dei valori (premi, somme assicurate, franchigie) al fine di adeguare gli stessi al valore degli indici del costo della vita.
Può anche essere previsto l'adeguamento del costo della polizza al variare dell'età dell'assicurato

Le polizze malattia possono quindi essere :

- a premi costanti
- a premi variabili

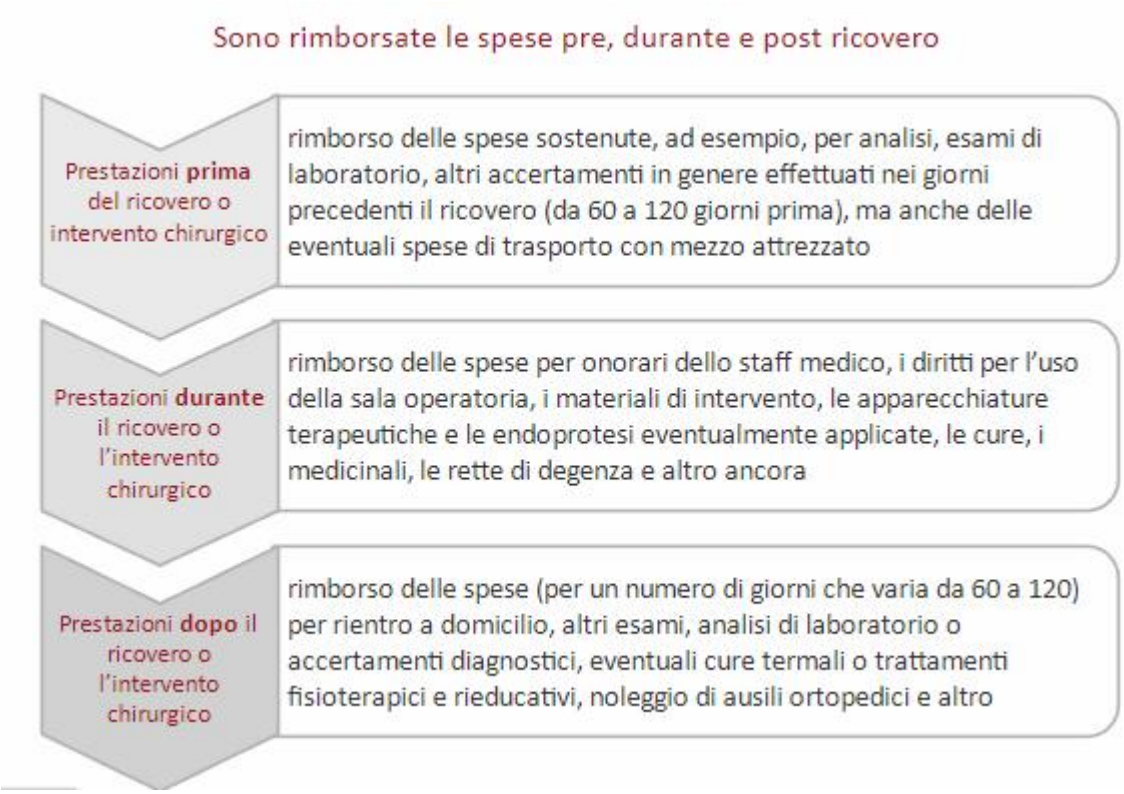
- annuali
- poliennali

I contratti malattia poliennali non possono prevedere la facoltà di recesso in caso di sinistro ad eccezione dei primi due anni dalla stipula del contratto

la polizza rimborso spese mediche consente l'accesso dell'assicurato al sistema sanitario privato, sia in caso di malattia che infortunio. La garanzia opera generalmente in caso di

- ricovero
- intervento chirurgico a scopo terapeutico (anche ambulatoriale o in day hospital)
- parto o aborto terapeutico

Rimborsa le spese sostenute per accedere all'assistenza sanitaria privata o rimborsa la quota per le erogazioni prestate dal SSN in base al massimale scelto.



Se l'assicurato non sostiene alcuna spesa è previsto il pagamento di una diaria da ricovero

Il costo di questa polizza può essere contenuto riducendo la portata della stessa

- inserendo dei limiti di indennizzo per determinate patologie o una franchigia per ogni evento
- limitando il rimborso solo ai cd grandi interventi chirurgici (elenco dettagliato nelle condizioni contrattuali)
- inserendo un massimale limitato (di solito 5.000,10.000 o 15.000) e accetando di rivolgersi al SSN

A questo tipo di polizza possono essere aggiunte anche delle garanzie complementari extra ricovero quali :

- prestazioni ambulatoriali
- visite specialistiche
- esami diagnostici
- esami ad alta tecnologia
- esami di laboratorio

Esistono delle polizze sanitarie che invece di rimborsare le spese sostenute prevedono delle diarie

- diaria da ricovero - l'impresa si impegna a liquidare l'importo indicato in polizza per ogni giorno di ricovero con un limite massimo di giorni indennizzabili
- diaria da convalescenza post ricovero - concedibile solo in abbinamento alla garanzia precedente con un limite massimo di giorni indennizzabili spesso determinati dalla durata della degenza
- diaria da gessatura