



Le assicurazioni private per il malato di cancro

AIMaC Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici
in collaborazione con il Gruppo Fondiaria Sai
Sistemi Sanitari



Le assicurazioni private
per il malato di cancro

Questa pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con gli esperti del Gruppo Fondaria Sai: Sistemi Sanitari, Prodotti e Servizi Assicurativi - Prodotti Retail Malattie e Infortuni, Direzione Finanza e Vita - Vita Individuali e Altri canali, Vita Collettive e Fondi Pensione.



**GRUPPO
FONDIARIA SAI**

SISTEMI SANITARI

Elaborazione del testo: Avv. **Elisabetta Iannelli** (Vice Presidente di AIMaC)

Revisione critica del testo: Avv. Prof. **Roberto de Miro d'Ajeta**, Dott.sse **Dina Pero** e **Roberta Tancredi** (AIMaC)

Editing: **Claudia Di Loreto** (AIMaC)

Prima edizione: giugno 2010

© AIMaC 2010. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC.

Indice

- 5 Prefazione
- 7 Introduzione

Parte prima Le assicurazioni sanitarie

- 9 La polizza malattia
- 15 La polizza infortuni

Parte seconda Le assicurazioni vita

- 19 La polizza vita in generale
- 21 La polizza vita per i malati di cancro

27 **Parte terza** Suggerimenti utili e consigli pratici

29 **Parte quarta** Contestazioni e reclami

31 Glossario



Prefazione

Le persone con pregressa diagnosi di cancro possono incontrare difficoltà a sottoscrivere, o a mantenere, una copertura assicurativa privata per le malattie o una polizza vita per il caso morte. In realtà, di pari passo con le conquiste della ricerca scientifica che si riflettono in percentuali di guarigione sempre più elevate, le compagnie di assicurazione hanno preso atto dell'aumentata curabilità e sopravvivenza, e stanno adeguando l'offerta assicurativa a questo mutato scenario.

In passato, la valutazione medica cui veniva sottoposta la persona da assicurare si basava su criteri generali - senza distinzione di organo o sistema interessato, né di tipo istologico - e temporali, prendendo come riferimento il numero di anni liberi da malattia. Oggi, invece, le nuove linee guida si basano sull'esame individualizzato del singolo caso.

AIMaC, a fronte delle numerose richieste dei malati e dei loro familiari, in collaborazione con il Gruppo Fondiaria Sai, che si è dimostrato sensibile verso le iniziative a sostegno del miglioramento della qualità della vita dei pazienti oncologici, ha realizzato questo libretto con l'obiettivo di fare maggiore chiarezza sull'argomento e di fornire informazioni per prepararsi al colloquio con un assicuratore. Si è voluto offrire una panoramica delle possibilità assicurative per le persone che affrontano il cancro, che, tuttavia, non può dirsi in alcun modo esaustiva e/o vincolante: ogni caso specifico dovrà essere attentamente discusso con il proprio assicuratore.

Roma, 15 giugno 2010

Avv. Elisabetta Iannelli
Vice Presidente AIMaC



Introduzione

Le assicurazioni maggiormente correlate allo stato di salute sono le **sanitarie** e le **vita**.

Le assicurazioni sanitarie, a loro volta, si possono distinguere in due tipi: malattia e infortuni.

Si tratta, in generale, di strumenti volti a garantire per sé o per i familiari, in modo affidabile e concreto, un supporto per sostenere, in caso di bisogno, prestazioni sanitarie impreviste e onerose; avvalersi di strutture specializzate qualificate; usufruire di servizi e assistenza necessari alla salute. Prima di sottoscrivere una polizza assicurativa, è importante leggere attentamente le condizioni contrattuali, che di norma sono sufficientemente circostanziate. Tuttavia, per qualsiasi dubbio, è opportuno rivolgersi al proprio assicuratore.

Nelle pagine seguenti saranno illustrate le caratteristiche principali delle assicurazioni sanitarie italiane, così come vengono offerte in linea generale al potenziale assicurato e, nello specifico, alle persone che hanno avuto una pregressa diagnosi di cancro. Per ragioni di semplicità, si è pensato di suddividere il libretto in quattro parti, la prima delle quali è dedicata alle assicurazioni sanitarie; la seconda alle assicurazioni sulla vita; la terza contiene consigli e suggerimenti utili su come orientarsi nell'ampia offerta di prodotti; la quarta, infine, è dedicata alle contestazioni e i reclami.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni informativi dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.

Nota: le definizioni dei termini evidenziati nel testo con il grassetto colorato (es. **indennizzo**) sono riportate nel Glossario di pag. 31.



Parte prima

Le assicurazioni sanitarie

La polizza malattia

In Italia, poiché il Servizio Sanitario Nazionale garantisce a tutti i cittadini l'accesso a diagnosi e cure nelle strutture pubbliche o accreditate/convenzionate, la polizza malattia rappresenta una forma aggiuntiva di copertura delle spese sanitarie, che ha lo scopo di consentire all'**assicurato**, e alla sua famiglia, di far fronte alle spese per prestazioni sanitarie ottenute presso strutture private (come, ad esempio, terapie e interventi chirurgici in regime di ricovero, analisi specialistiche, accertamenti diagnostici anche senza ricovero, ricovero ospedaliero, assistenza sanitaria e non sanitaria domiciliare, ecc.) ed anche di essere risarcito per la perdita di reddito causata dalla malattia o dalle esigenze di cura. A fronte di un **premio** da pagare periodicamente per l'intera durata della polizza, la compagnia di assicurazione (di seguito semplicemente 'compagnia') si assume l'onere di rimborsare, parzialmente o totalmente, i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie private e/o la perdita di reddito della persona malata. La polizza malattia può prevedere le seguenti prestazioni:

- il **rimborso** per le spese mediche presso strutture pubbliche o private (accertamenti diagnostici, ricovero, intervento chirurgico, ticket);
- l'erogazione di una **diaria**, vale a dire un'indennità giornaliera corrisposta per ogni giorno di degenza in centro di cura e, in alcuni casi, per la convalescenza post-ricovero, in conseguenza di infortunio o malattia;
- un **indennizzo** nel caso in cui la malattia provochi un'**invalidità permanente**. La percentuale di invalidità permanente indennizzabile dalle polizze malattia è quella per i danni non inferiori al 25-26%, calcolati in base alle tabelle dell'**INAIL**. In relazione all'invalidità permanente accertata, le compagnie liquidano un in-

dennizzo calcolato sul capitale assicurato, in base alle proprie tabelle. Non è invece previsto un indennizzo per l'**inabilità temporanea**.

Se la struttura sanitaria privata prescelta è convenzionata con la compagnia, questa paga direttamente al centro di cura le prestazioni sanitarie erogate al paziente; in caso contrario, il paziente anticipa il pagamento e viene rimborsato successivamente, dietro presentazione della documentazione medica e delle spese sostenute. La polizza malattia consente, quindi, di affrontare con più tranquillità le spese mediche impreviste, magari per ottenere tempestivamente prestazioni anche di altissima specializzazione.

Nelle condizioni di polizza sono specificate le modalità per ottenere il rimborso delle spese anticipate, il pagamento della diaria e dell'indennizzo (ove previsto nelle garanzie). In linea generale è necessario inviare alla compagnia, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, copia di tutta la documentazione medica disponibile (certificati, cartelle cliniche, referti, ecc.) e tutte le ricevute (in originale) attestanti le spese sostenute. Occorre tenere presente che, in genere, le polizze malattia prevedono un periodo di **carezza** contrattuale (di norma 30 giorni per le malattie, 300 giorni per il parto, 30-90 giorni per l'invalidità permanente da malattia) e clausole di esclusione dalla copertura e, quindi, dalle prestazioni economiche, in considerazione di specifiche patologie o eventi (malattie preesistenti, malattie mentali, malattie conseguenti ad alcolismo, cure estetiche ecc.). In tali casi non opera la copertura assicurativa.

È importante porre attenzione al limite d'età previsto dalla polizza (di solito 70-75 anni per la polizza malattia e 60-65 anni per la polizza invalidità permanente da malattia), poiché per talune polizze l'assicurazione cessa se, nel corso del contratto, l'assicurato raggiunge il limite di età indicato.

I premi versati per la polizza malattia sono detraibili fiscalmente per la sola parte del premio relativa alla garanzia per l'indennizzo di invalidità permanente superiore al 5%. Poiché, comunemente, questo tipo di polizza copre un'invalidità maggiore al 25-26%, la **detraibilità** dalle imposte è possibile nella misura del 19% dei premi versati, fino ad un massimo di 1.291,14 euro annui (compresi i familiari a carico), pari a un importo massimo di 245,32 euro all'anno. La parte di premio pagata alla compagnia per le prestazioni diverse dal rischio di invalidità permanente non è detraibile dal reddito, ma è ammessa la detrazione delle spese sanitarie sostenute senza alcuna distinzione tra quelle rimborsate dalla compagnia e quelle rimaste

a carico dell'assicurato. Pertanto, è bene conservare copia delle ricevute inviate alla compagnia per il rimborso. La compagnia è, comunque, tenuta a restituire, in caso di rimborso, con una stampigliatura irrilevante ai fini delle detrazioni fiscali (la stampigliatura viene apposta per evitare duplicazioni di rimborsi).

Ho avuto un tumore, posso stipulare una polizza malattia?

Prima di stipulare una polizza malattia la compagnia richiede al potenziale assicurato di compilare un questionario allo scopo di acquisire tutte le informazioni relative allo stato di salute (patologie di cui soffre o ha sofferto in passato, eventuali ricoveri e trattamenti cui è o è stato sottoposto in passato, altre procedure in atto, ecc.) che ritiene necessarie per stabilire se è assicurabile, a quali condizioni e a quale premio. È indispensabile essere veritieri, perché in caso di risposte mendaci si corre il rischio di perdere il diritto a qualunque risarcimento. Generalmente si tiene conto anche del tempo intercorso dalla diagnosi della malattia al momento in cui si richiede di stipulare l'assicurazione. La compagnia sottopone, quindi, il questionario alla valutazione di un medico di sua fiducia, che, nei casi più complessi, può richiedere la presentazione dei referti medici o delle cartelle cliniche.

Sulla base della valutazione medica che, per quanto concerne le malattie oncologiche, tiene conto dei criteri di **stadiazione** e prognosi indicati dalle linee guida internazionali, la compagnia può considerare la persona:

- **assicurabile senza esclusioni**, perché è considerata guarita e con scarsa o nessuna probabilità di **recidiva**. In questo caso la compagnia propone una *polizza senza esclusioni*. Vi sono, infatti, delle neoplasie che, trascorso un certo lasso di tempo, possono essere considerate guarite e, di conseguenza, non daranno luogo a limitazioni dal punto di vista assicurativo;
- **assicurabile con esclusioni**, perché, al momento della sottoscrizione della polizza, il potenziale assicurato, pur potendosi considerare libero da malattia, è ancora a rischio di recidiva, e ciò potrebbe verificarsi nel periodo di validità della polizza. In questo caso, la compagnia

propone una *polizza con esclusioni*, riservandosi il diritto di non assicurare eventuali conseguenze o recidive della malattia. In questo caso è importante chiedere alla compagnia i tempi per la rivedibilità. Ad esempio, se sono trascorsi solo pochi mesi dall'intervento chirurgico di asportazione del tumore, la polizza può essere stipulata, ma escludendo dalle garanzie la malattia oncologica e le sue complicanze. La copertura assicurativa può essere eventualmente estesa in corso di polizza se, trascorso il periodo considerato a rischio, non si sono sviluppate recidive. In tal caso, è consigliabile chiedere alla compagnia di riesaminare lo stato di salute dell'assicurato al fine di rivedere le condizioni e ottenere, se ne ricorrono i presupposti, l'eliminazione della clausola di esclusione;

- **non assicurabile**, perché la malattia è in atto, è grave e comporta deficit a carico di più organi o apparati. In alcuni casi può trattarsi di patologia non ancora stabilizzata e, pertanto, la compagnia ritiene preferibile attendere un determinato periodo di tempo per accertarne eventuali postumi e limitare quanto più possibile ciò che non può essere coperto dalle garanzie. Se la diagnosi di tumore è recente, il processo di **stadiazione** non è ancora concluso, la terapia è in corso o insorgono complicanze associate alla malattia, la compagnia preferisce non assumere il rischio e attendere che la situazione si stabilizzi prima di rivalutarla. È bene tener presente che in alcuni casi la non assicurabilità non è dovuta alla malattia tumorale, bensì alla coesistenza di altre importanti patologie.

Ho già una polizza malattia e mi sono ammalato, che cosa succede?

Se durante il periodo di validità del contratto assicurativo viene diagnosticato un tumore o una qualsiasi altra malattia, la polizza mantiene la sua piena efficacia fino alla scadenza contrattuale a meno che non sia prevista una clausola di **recesso** dopo ogni sinistro o liquidazione. Si raccomanda di verificare che, in caso di sinistro, il contratto non preveda la facoltà di recesso unicamente in favore della compagnia, poiché in tale caso la clausola si presume **vessatoria** ai sensi del Codice Civile.

Modalità di presentazione della denuncia di sinistro

Il primo atto che dà l'avvio alla procedura di liquidazione dell'indennizzo è la denuncia di sinistro che deve essere presentata compilando l'apposito modulo allegato alla polizza entro pochi giorni dall'evento - normalmente entro 3 giorni (in ogni caso, il mancato rispetto del termine di 3 giorni esonera la compagnia da maggiori oneri ad esso eventualmente riconducibili, ma non inficia la copertura) - e secondo le modalità indicate nella polizza. Di norma, all'atto della sottoscrizione della polizza, la compagnia rilascia al **contraente** un modulo da utilizzare per la richiesta del rimborso delle spese sostenute, nel quale è riportato l'elenco della documentazione necessaria per la liquidazione.

Se il contraente non ha ricevuto un modulo/lettera di questo tipo, quando denuncia il sinistro può richiedere per iscritto alla compagnia l'elenco completo di tutta la documentazione da presentare per ottenere l'indennizzo (certificati, cartelle cliniche, fatture, ecc.)

L'assicurato deve comunicare alla compagnia la struttura sanitaria pubblica o privata in cui è, o è stato, ricoverato o gli sono state prestate le prime cure.

Alla denuncia di sinistro si deve allegare, se già disponibile, la documentazione utile alla liquidazione del danno da parte della compagnia oppure si deve precisare che sarà inviata successivamente. Insieme alla copia della denuncia di sinistro è consigliabile conservare anche una copia dei documenti che devono essere inviati in originale, come ad esempio le ricevute delle spese sostenute.

Se la durata dello stato di malattia temporanea si protrae oltre il periodo indicato nel primo certificato medico, è indispensabile inviare alla compagnia una nuova certificazione che attesti la prosecuzione della malattia senza interruzione rispetto al periodo precedente. Nel caso in cui la compagnia neghi l'indennizzo, è consigliabile richiedere che vengano comunicate per iscritto le ragioni di tale diniego.

Facsimile di lettera per la denuncia di sinistro in caso di malattia dell'assicurato*

Raccomandata con avviso di ricevimento da spedire a:

Spett.le
Compagnia.....
Via Città.....
Nome e cognome (dell'assicurato)
Via Città.....

Oggetto: Polizza malattia n° - Denuncia di sinistro

Si comunica che il giorno il sottoscritto è stato ricoverato presso (nome della struttura sanitaria) per essere sottoposto a (intervento chirurgico, esami diagnostici, visita medica per diagnosi/cura della malattia)

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) certificato medico rilasciato dal dott. in data.....;
- 2) cartella clinica in copia autentica (da allegare sempre in caso di ricovero);
- 3) ricevuta spese sostenute (se la polizza comprende anche il rimborso delle spese);
- 4) ...

L'eventuale ulteriore documentazione da voi richiesta verrà inviata non appena possibile.

(Se la polizza prevede anche un indennizzo per il periodo di convalescenza, aggiungere:)

Verrà successivamente inviato ogni ulteriore certificato medico fino all'avvenuta guarigione.

In attesa di cortese, sollecito riscontro è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

Luogo, data Firma dell'assicurato

Allegati:

- n. certificati medici
- cartella clinica
- n. ricevute spese

* fonte: AIMaC

La polizza infortuni

La polizza infortuni ha lo scopo di attenuare le conseguenze economiche che un **infortunio** può avere sulla vita dell'assicurato. La polizza infortuni può prevedere le seguenti prestazioni:

- l'erogazione di una **diaria** in caso di ricovero presso una struttura sanitaria pubblica o privata;
- il **rimborso** delle spese mediche sostenute in conseguenza dell'infortunio.
- un **indennizzo** per ogni giorno di lavoro perso dall'assicurato per **inabilità temporanea**;
- un **indennizzo** per i danni derivanti da **invalidità permanente**, che comportano la perdita, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere qualsiasi attività lavorativa;
- **risarcimento o rendita** per il **caso morte**. La somma prevista per quest'evenienza è pagata al **beneficiario** specificato nella polizza; in mancanza di tale indicazione, l'importo è ripartito fra gli eredi dell'assicurato.

L'inabilità temporanea e l'invalidità permanente si calcolano in termini percentuali in funzione della menomazione fisica o sensoriale e sulla base di apposite tabelle, preparate e costantemente aggiornate dall'**ANIA** e dall'**INAIL**. In caso di invalidità non previste dalle tabelle, la compagnia può predisporre un'apposita **perizia medica**. La polizza infortuni normalmente prevede l'erogazione di tutte le prestazioni assicurative descritte, ma talvolta la copertura può essere parziale.

La polizza che copre i rischi di invalidità permanente e il caso morte è indicata per le famiglie mono-reddito o per chi svolge attività pericolose; quella che copre i rischi di inabilità temporanea e di invalidità permanente è consigliata, invece, ai liberi professionisti e ai lavoratori autonomi che non hanno diritto ai 'giorni di malattia' garantiti contrattualmente, come avviene, invece, per i lavoratori dipendenti.

I premi versati per la polizza infortuni sono detraibili per la sola parte riferita a morte e invalidità permanente superiore al 5%. La **detraibilità** dalle imposte è possibile nella misura del 19% dei premi versati fino ad un massimo

di 1.291,14 euro annui (compresi i familiari a carico), pari a un importo massimo di 245,32 euro l'anno. Il tetto massimo della detrazione è unico in caso di più polizze stipulate.

Ho avuto un tumore, posso stipulare una polizza infortuni?

Come si è detto, la polizza infortuni tutela l'assicurato dalle conseguenze economiche di un infortunio, le quali includono l'**inabilità temporanea**, l'**invalidità permanente** e la morte. Si considerano infortuni anche i traumi causati da incidenti. La compagnia richiede al potenziale assicurato di compilare un questionario allo scopo di acquisire tutte le informazioni relative al suo stato di salute; il questionario è quindi sottoposto alla valutazione di un medico di fiducia della compagnia. Normalmente la copertura assicurativa è completa salvo i casi in cui il potenziale assicurato abbia subito in passato infortuni con postumi invalidanti a carico di segmenti scheletrici oppure sia stato colpito da malattie gravi che ne compromettono la **stabilità posturale**. Con riferimento ai tumori, la persona è considerata non assicurabile soltanto se la malattia è in atto e si estende all'apparato muscolo-scheletrico, con marcata compromissione della mobilità.

Ho già una polizza infortuni e mi sono ammalato, che cosa succede?

Se durante il periodo di validità del contratto assicurativo viene diagnosticato un tumore o una qualsiasi altra malattia, la polizza mantiene la sua piena efficacia fino alla scadenza contrattuale a meno che non sia prevista una clausola di **recesso** dopo ogni sinistro o liquidazione. Si raccomanda di verificare che il contratto non preveda la facoltà di recesso, in caso di sinistro, unicamente in favore della compagnia, poiché in tale caso la clausola si presume **vessatoria** ai sensi del Codice Civile. Eventuali conseguenze, esclusioni o non assicurabilità, potrebbero configurarsi soltanto al momento del rinnovo del contratto, qualora la malattia abbia compromesso la **stabilità posturale** o abbia coinvolto l'apparato muscolo scheletrico (v. pag. 17).

Modalità di presentazione della denuncia di sinistro

Il primo atto che dà l'avvio alla procedura di liquidazione dell'indennizzo è la denuncia di sinistro che deve essere presentata entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento dannoso, ossia dell'infortunio. Il mancato rispetto del termine di 3 giorni esonera la compagnia da maggiori oneri ad esso eventualmente riconducibili, ma non inficia la copertura. L'assicurato deve fornire alla compagnia la descrizione completa delle circostanze in cui si è verificato il sinistro (luogo, data, ora, modalità, eventuali responsabilità di terze persone, i nominativi di eventuali testimoni, l'indicazione delle autorità di pubblica sicurezza intervenute sul luogo del fatto) e una prima sommaria indicazione dei danni a persone e cose, oltreché la quantificazione delle spese sostenute fino a quel momento. Alla denuncia di sinistro si deve allegare, se già disponibile, tutta la documentazione utile alla liquidazione del danno da parte della compagnia oppure si deve precisare che sarà inviata successivamente non appena disponibile. Insieme alla copia della denuncia di sinistro è consigliabile conservare anche una copia dei documenti che devono essere inviati in originale, come ad esempio le ricevute delle spese sostenute.

Facsimile di lettera per la denuncia di sinistro in caso di infortunio dell'assicurato*

Raccomandata con avviso di ricevimento da spedire a:

Spett.le
Compagnia.....
Via Città.....

Nome e cognome (dell'assicurato)
Via Città.....

Oggetto: Polizza infortuni n° - Denuncia di sinistro

Si comunica che il giorno il sottoscritto
ha subito il seguente infortunio

(descrizione dei fatti e dei danni subiti, eventuali altre persone coinvolte, testimoni,
autorità di pubblica sicurezza intervenute).

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) certificato medico rilasciato dal dott. in data.....;
- 2) cartella clinica in copia autentica (da allegare sempre in caso di ricovero);
- 3) ricevuta spese sostenute (solo se la polizza comprende anche il rimborso delle spese);
- 4) verbale dell'autorità di pubblica sicurezza (polizia stradale, carabinieri o polizia locale);
- 5) ...

L'eventuale ulteriore documentazione da voi richiesta verrà inviata non appena possibile.

In attesa di cortese, sollecito riscontro è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

Luogo, data Firma dell'assicurato

Allegati:

- n. certificati medici
- cartella clinica
- n. ricevute spese

* fonte: AIMaC

Parte seconda Le assicurazioni vita

La polizza vita in generale

La polizza vita per il "caso morte" è una copertura assicurativa, che garantisce dal grave danno economico che può derivare alla famiglia dalla prematura scomparsa di uno dei suoi componenti che rappresenti la fonte di reddito principale. Se costui muore prima della scadenza della polizza assicurativa, i beneficiari ottengono il risarcimento previsto dal contratto (capitale caso morte). Vi è, quindi, una separazione tra il **contraente**, l'assicurato e il **beneficiario** delle prestazioni previste per il caso di morte dell'assicurato.

Sul mercato assicurativo italiano è anche diffusa la polizza vita di tipo "mista", che oltre alla tutela del caso di **premorienza** dell'assicurato, prevede per il caso di permanenza in vita alla scadenza del contratto, il pagamento da parte della compagnia di un capitale o di una rendita. In poche parole, il contraente s'impegna a pagare regolarmente i premi pattuiti per un certo numero di anni, mentre la compagnia s'impegna a versare all'assicurato un capitale o una rendita nel caso in cui questi sia ancora in vita alla scadenza della polizza. Normalmente la scelta per la riscossione del capitale oppure della rendita può essere effettuata dal contraente in prossimità della scadenza della polizza, nel rispetto dei termini di preavviso previsti dal contratto, esercitando il diritto di **opzione**. In caso di morte dell'assicurato la compagnia liquiderà ai beneficiari designati la prestazione spettante a norma di contratto. Il contratto di assicurazione sulla vita è disciplinato dal Codice Civile (artt. 1919 e seguenti) e può essere stipulato sulla vita propria o su quella di un terzo, ma in questo caso, per essere valido, è necessario che questi o il suo legale rappresentante esprimano per iscritto il proprio consenso.

Alle polizze vita si possono abbinare delle **garanzie accessorie**, a fronte di una maggiorazione del premio, quali:

- **Invalidità permanente:** prevede una prestazione sotto forma di capitale ed è determinata dalla riduzione permanente della capacità lavorativa dell'assicurato;
- **Long-Term Care (LTC):** prevede una prestazione corrisposta sotto forma di rendita quale risarcimento dell'assicurato per un'eventuale perdita di autosufficienza nello svolgimento di determinate attività della vita quotidiana;
- **Dread Disease - malattie gravi:** prevede una prestazione sotto forma di capitale a titolo di risarcimento in caso di gravi malattie (quali tumori o infarto del miocardio), che comportino un'invalità permanente come sopradefinita superiore al 5%.

Tali forme di garanzie accessorie all'assicurazione sulla vita vengono normalmente distribuite tramite polizze collettive. L'**assicurazione collettiva** può riguardare obbligatoriamente tutti i componenti di un certo gruppo giudicato omogeneo (ad esempio contratto stipulato dal datore di lavoro per tutti i dipendenti appartenenti ad una certa fascia di età oppure con una determinata anzianità di servizio oppure ancora, con una determinata qualifica). In altri casi l'adesione del singolo componente del gruppo a favore del quale il contraente ha stipulato la polizza collettiva può essere facoltativa.

Il regime fiscale dei premi

I **premi** delle polizze vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal contraente a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge, purché tali premi si riferiscano ad un'assicurazione che abbia per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che assicurato e contraente siano la stessa persona o che l'assicurato sia persona fiscalmente a carico del contraente. L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare Euro 1.291,14.

Il regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogati in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti anche dall'imposta sulle successioni.

La polizza vita per i malati di cancro

Prima di stipulare una polizza vita la compagnia richiede di compilare un questionario allo scopo di acquisire tutte le informazioni relative allo stato di salute del potenziale assicurato (patologie di cui soffre o ha sofferto in passato, eventuali ricoveri e trattamenti terapeutici cui è o è stato sottoposto in passato, ecc.) che ritiene necessarie per stabilire se la persona è assicurabile a quali condizioni e a quale premio. È indispensabile essere veritieri, altrimenti si corre il rischio di perdere il diritto al risarcimento. Per capitali superiori a importi prefissati e/o per condizioni specifiche della persona da assicurare, la compagnia può richiedere a questa anche una certificazione rilasciata dal proprio medico curante, e ai malati di cancro anche copia dei referti degli esami di diagnostica strumentale più recenti e del referto istologico, relazione clinica e di **follow-up** dell'oncologo. La compagnia sottopone, quindi, il questionario alla valutazione di un medico di sua fiducia, che, nei casi più complessi, può richiedere la presentazione di documentazione aggiuntiva.

Sulla base della valutazione medica, che per quanto concerne le malattie oncologiche tiene conto dei criteri di **stadiazione** e **prognosi** indicati dalle linee guida internazionali, e del rapporto di **sovramortalità** rispetto alle persone sane, la compagnia può ritenere la persona:

- **assicurabile a condizioni normali**, nel caso in cui sia considerata guarita e la malattia sia solo un dato anamnestico relativo al passato;
- **assicurabile con sovrappremio**, perché la persona, benché al momento libera da malattia, non ha ancora concluso i controlli previsti dal programma di follow-up specifico per la propria patologia. Dal punto di vista assicurativo, significa che la persona potrebbe non raggiungere l'aspettativa di vita della popolazione generale sana di pari età e sesso. In questo caso la compagnia richiede il pagamento di un premio più elevato;
- **non assicurabile o rinviabile**. La compagnia può rifiutare di assicurare la persona nel caso in cui la malattia sia in fase acuta o sia dimostrata una sua evoluzione non favorevole (ad esempio, insorgenza di recidive). Tuttavia, qualora siano trascorsi soltanto pochi mesi dalla diagnosi e dalla



fine del trattamento terapeutico, la compagnia potrebbe dichiararsi disponibile a rivalutare il caso a distanza di un certo periodo di tempo (il cosiddetto rinvio).

È importante ricordare che per le polizze vita “caso morte” e “mista” sono previsti un periodo di **carenza** della copertura, durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono ancora efficaci o hanno efficacia limitata, e delle esclusioni espressamente richiamate nelle condizioni contrattuali, che è bene leggere con attenzione prima della sottoscrizione della polizza.

Ho già una polizza vita e mi sono ammalato, che cosa succede?

Se dopo aver stipulato una polizza vita viene diagnosticato un tumore o una qualsiasi altra malattia, la polizza mantiene la sua efficacia in quanto ciò risulta ininfluente sulla sua operatività.

Nel caso in cui la polizza stipulata preveda una **garanzia accessoria** (ad esempio invalidità permanente, *long term care* o *dread disease* - malattie gravi, v. pag. 20) e successivamente la persona si ammali di cancro o di qualunque altra malattia, potrà ottenere, se dovuto, un risarcimento in funzione delle garanzie previste dalla polizza che ha sottoscritto. È importante ricordare che è necessario denunciare il sinistro rispettando i termini e le modalità previste dalla polizza.

Modalità di presentazione della richiesta di liquidazione del capitale o della rendita per la polizza vita

Allo scadere della polizza (caso vita) o al verificarsi del rischio assicurato, all'avente diritto, vale a dire l'assicurato medesimo o i beneficiari indicati nella polizza, spetta di ricevere il capitale o la rendita maturati.

Alla compagnia deve essere inviata tutta la documentazione necessaria per dare corso alla liquidazione e al pagamento del capitale o della rendita. Dal momento in cui riceve la documentazione completa, la compagnia ha a disposizione 30 giorni di tempo per effettuare la liquidazione. In caso di ritardato pagamento, al beneficiario sono dovuti gli interessi di mora, calcolati al tasso legale di interesse (art. 1224 del Codice Civile).

A decorrere dal 28 ottobre 2008, il termine di **prescrizione** dei diritti de-

rivanti dal contratto di assicurazione previsto al secondo comma dell'art. 2952 del Codice Civile è stato portato da uno a due anni (Decreto Legge 28/8/2008 n. 134, così come modificato dalla Legge di conversione 27/10/2008 n. 166 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale. n. 252 del 27 ottobre 2008). Pertanto, il termine per esercitare i diritti sorti dal contratto di assicurazione è di due anni, anziché uno, a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui tali diritti si fondano (ad esempio: per le prestazioni caso morte, dal decesso dell'assicurato; per le prestazioni caso vita da corrispondere alla scadenza della polizza, dalla data di scadenza stessa). Si ricorda che il decorso del suddetto termine di due anni senza che il diritto venga esercitato, comporta l'estinzione del diritto stesso. La normativa soprarichiamata ha altresì introdotto l'obbligo a carico delle imprese di assicurazione di devolvere al Fondo istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze gli importi dovuti in base al contratto in oggetto, se non reclamati dagli aventi diritto entro il termine di prescrizione.

Facsimile di lettera per la richiesta di liquidazione della rendita o del capitale ed elenco dei documenti da presentare*

Raccomandata con avviso di ricevimento da spedire a:

Spett.le
Compagnia.....
Via Città.....

Nome e cognome (del **beneficiario**)
Via Città.....

Oggetto: Polizza Vita n° - Denuncia di sinistro - decesso dell'assicurato

Il sottoscritto nato a..... il
e residente in via nella qualità di
beneficiario indicato dal sig. nella polizza in oggetto, comunica che il
giorno alle ore è deceduto il sig. vs. assicurato.

.....
(descrizione delle circostanze che hanno causato il decesso dell'assicurato).

Si chiede, pertanto, che venga liquidato, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della presente, il capitale/la rendita vitalizia in favore del sottoscritto beneficiario con accredito in c/c bancario intestato a..... IBAN

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) originale della polizza e delle eventuali appendici;
- 2) copia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario;
- 3) certificato di morte dell'assicurato;
- 4) originale dell'atto notorio reso innanzi a un notaio o altro organo deputato a riceverlo (quale, ad esempio, un cancelliere di un ufficio giudiziario o un segretario comunale), dal quale risulti se è stato redatto o meno il testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. In mancanza di testamento, se sul contratto risultano indicati, quali beneficiari, gli eredi legittimi dell'assicurato, l'atto notorio deve riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'assicurato, indicando per ciascuno le generalità complete, l'età, il rapporto di parentela, la capacità di agire, nonché l'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'atto notorio deve indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari. Si ricorda che non è consentita la presentazione della dichiarazione sostitutiva di notorietà (di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000) che ha validità unicamente tra privato e organi della pubblica amministrazione;
- 5) relazione del medico curante sulle cause del decesso;
- 6) copia integrale delle cartelle cliniche relative a eventuali periodi di degenza dell'assicurato presso ospedali o case di cura, complete di anamnesi patologica remota;
- 7) in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiesta istruttoria da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- 8) se fra gli aventi diritto vi sono minori o incapaci, originale del decreto del giudice tutelare, che autorizzi l'esercente la potestà parentale o il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori o agli incapaci, indicando anche le modalità per il reimpiego di tale somma ed esonerando la compagnia da ogni responsabilità al riguardo.

In attesa di cortese, sollecito riscontro è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

Luogo, data

Firma del beneficiario

*fonte: AIMaC



Parte terza

Suggerimenti utili e consigli pratici

- I prodotti presenti sul mercato assicurativo sono molteplici. Per una scelta consapevole è bene raccogliere informazioni e confrontare proposte di prodotti e di compagnie di assicurazione diverse.
- Sui siti di quasi tutte le compagnie sono riportate le principali caratteristiche del servizio o prodotto offerto. Per una corretta e completa interpretazione delle condizioni contrattuali e per qualsiasi dubbio o perplessità, è consigliabile chiedere chiarimenti a una compagnia o a un **broker** di fiducia.
- È indispensabile valutare con attenzione caratteristiche, limiti e condizioni della polizza che si sta per sottoscrivere onde evitare spiacevoli equivoci al momento del bisogno.
- Nell'ambito delle polizze infortuni è bene informarsi su eventuali esclusioni previste per determinate patologie o infortuni, oppure sui limiti d'età o territoriali di validità della copertura per l'estero o, ancora, su esclusioni di garanzia assicurativa per infortuni dovuti ad attività sportive pericolose.
- Nell'ambito delle polizze vita è bene leggere con attenzione anche le esclusioni dalla garanzia previste dalle condizioni contrattuali, in quanto qualora si verifici il decesso dell'assicurato o altro evento relativo a una garanzia accessoria dovuto ad una delle cause escluse dalla garanzia, la corrispondente prestazione non è dovuta e i premi pagati restano acquisiti dalla compagnia.
- Nell'ambito delle polizze malattia, qualora la compagnia ritenga la persona assicurabile con esclusione, tenere a mente che la copertura assicurativa può essere eventualmente estesa in corso di polizza se, trascorso il periodo considerato a rischio, non si è sviluppata alcuna **recidiva**.

Sarà opportuno chiedere al proprio assicuratore di riesaminare lo stato di salute dell'assicurato al fine di rivedere le condizioni e ottenere, se ne ricorrono i presupposti, l'eliminazione della clausola di esclusione.

- Nell'ambito delle polizze vita, per evitare spiacevoli equivoci al momento del bisogno, è indispensabile valutare con attenzione caratteristiche e limiti previsti nelle condizioni della polizza, ad esempio è bene sapere che esistono dei periodi di **carenza**, ossia di mancata copertura, se la polizza viene stipulata senza che l'assicurato si sia sottoposto preventivamente a una visita medica.
- Infine è bene chiedere al proprio **intermediario** l'elaborazione di un progetto personalizzato con esemplificazioni e sviluppo dei premi, delle prestazioni, dei valori di riduzione e di riscatto, elaborate in base ai rendimenti finanziari ipotetici stabiliti dall'ISVAP.

In conclusione, si consiglia di leggere sempre con molta attenzione tutte le garanzie previste dalla polizza con particolare riferimento alle condizioni che regolano le carenze, le esclusioni, i limiti di età, la facoltà di recesso (nell'ambito delle polizze malattia e infortuni deve essere sempre bilaterale).

Parte quarta

Contestazioni e reclami

Qualora si sia insoddisfatti della condotta della compagnia, ad esempio per un negato o parziale risarcimento del sinistro o delle spese sostenute oppure per un risarcimento inferiore alle aspettative oppure per mancata liquidazione o mancato pagamento della rendita vitalizia o del capitale, è possibile scrivere a mezzo posta, fax o e-mail all'ufficio preposto ai reclami della propria assicurazione, i cui recapiti sono indicati nelle note informative precontrattuali e sul sito internet della compagnia. Questa deve dare una risposta motivata entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se la risposta non soddisfa o non arriva entro il suddetto termine, è possibile segnalare il comportamento della compagnia all'**ISVAP**, tenendo, tuttavia, presente che ciò è consentito solo dopo aver tentato la strada del reclamo diretto all'assicurazione. Nel reclamo devono essere necessariamente indicati:

- i dati anagrafici del reclamante e il domicilio presso cui si desidera ricevere le comunicazioni;
- il numero della polizza alla quale si riferisce il reclamo;
- la denominazione della compagnia, dell'intermediario o del medico di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione delle ragioni di insoddisfazione;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le circostanze che secondo il reclamante costituiscono inadempimento contrattuale o eventuali illeciti da parte della compagnia.

Alla segnalazione all'ISVAP si deve allegare copia del reclamo già inoltrato alla compagnia e l'eventuale relativo riscontro, e anche indicare, se del caso, il ritardo nella risposta da parte della compagnia, poiché il mancato rispetto del termine viene sanzionato con una pena pecuniaria da parte dell'ISVAP.

Il reclamo all'Istituto di Vigilanza deve essere inviato al seguente indirizzo:

ISVAP

Via del Quirinale 21

00187 Roma

oppure trasmesso via fax ai numeri **06 42 133 745** o **06 42 133 353**.

L'ISVAP comunica al reclamante l'esito del reclamo nel termine massimo di 120 giorni dalla presentazione del reclamo stesso. L'ISVAP, qualora ravvisi una violazione delle norme da parte dei soggetti vigilati, avvia un procedimento sanzionatorio (amministrativo, pecuniario o disciplinare), del cui esito dà notizia nel proprio bollettino e sul sito internet. Per avere notizie sulla trattazione del reclamo è possibile rivolgersi all'apposito servizio telefonico di assistenza e informazione agli utenti attivato dall'ISVAP (tel. 06 42 133 000).

In ogni caso è sempre possibile rivolgersi all'autorità giudiziaria con l'assistenza di un legale di propria fiducia.



La Helpline

La helpline di AIMaC: un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni informativi dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**

Glossario

Appendice (contrattuale): documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne o integrarne alcuni aspetti, in base a quanto concordato tra la compagnia e il contraente.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto: le prestazioni sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Può coincidere con il contraente (v. sotto) e/o con il beneficiario (v. sotto). Nell'ambito delle polizze malattia e infortuni è la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione collettiva: contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione operante in applicazione di un'apposita convenzione (v. sotto) che il contraente (v. sotto) stipula con la compagnia per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nell'operazione con una propria posizione individuale (esempio: il datore di lavoro stipula l'assicurazione collettiva per i propri dipendenti).

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata dal contraente (v. sotto) che riceve la prestazione contrattuale quando si verifica l'evento previsto. Può coincidere con il contraente stesso e/o con l'assicurato.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono ancora efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la compagnia non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la compagnia e si impegna al versamento dei premi. Può coincidere con l'assicurato e/o con il beneficiario.

Convenzione: contratto che il contraente stipula con la compagnia per concludere assicurazioni sulla vita o capitalizzazioni in forma di collettiva (v. sopra).

Detraibilità fiscale (del premio versato): possibilità di detrarre dalle imposte dovute sui redditi di una persona una percentuale (secondo le normative vigenti attualmente pari al 19%) del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative.

Diaria: indennità giornaliera corrisposta per ogni giorno di degenza in centro di cura e, in alcuni casi, per la convalescenza post-ricovero, in conseguenza di infortunio o malattia.

Follow-up: periodo di osservazione successivo al trattamento, durante il quale si effettuano controlli periodici per valutare la risposta della malattia al trattamento e intervenire tempestivamente in caso di problemi.

Franchigia: la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato e che può essere espressa in importo fisso o in percentuale, in giorni o in punti percentuali di invalidità.

Garanzia accessoria (o complementare): garanzia di rischio abbinata, obbligatoriamente o facoltativamente, alla garanzia principale.

Inabilità temporanea: incapacità fisica, totale o parziale, dell'assicurato a svolgere, per un periodo di tempo limitato e circoscritto, l'attività lavorativa dichiarata.

Infortunio: nel linguaggio assicurativo, evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intermediario: soggetto (persona fisica o giuridica) iscritto nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi, incaricato dalla compagnia di presentare e proporre i propri prodotti assicurativi e di capitalizzazione, nonché, se previsto dall'incarico, di concludere e gestire i relativi contratti.

Invalidità permanente: perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere qualsiasi attività lavorativa.

ISVAP: l'Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni Private e di interesse collettivo svolge importanti funzioni di controllo: raccoglie i reclami presentati nei confronti delle imprese assicurative; agevola la corretta esecuzione dei contratti e facilita la soluzione delle questioni che gli vengono sottoposte intervenendo nei confronti dei soggetti vigilati. www.isvap.it

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio (v. sopra).

Opzione: clausola contrattuale in base alla quale il contraente (v. sopra) può scegliere che la prestazione sia corrisposta in forma diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio: la facoltà di scegliere che il capitale sia convertito in una rendita vitalizia o, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in unica soluzione.

Perizia medica: parere tecnico richiesto ad un medico di fiducia della compagnia.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: importo che il contraente (v. sopra) s'impegna a corrispondere alla compagnia, in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito, a fronte delle coperture previste dal contratto di assicurazione.

Premiorienza: morte dell'assicurato prima della scadenza del contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, ad eccezione del diritto al premio, si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazione: somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la compagnia si impegna a corrispondere al beneficiario al verificarsi dell'evento previsto dal contratto.

Progetto personalizzato: esemplificazioni dello sviluppo dei premi, delle prestazioni, dei valori di riduzione e di riscatto, elaborate in base a rendimenti finanziari ipotetici e secondo schemi stabiliti dall'ISVAP.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulata sulla base delle condizioni del malato, delle possibilità terapeutiche, delle possibili complicazioni o delle condizioni ambientali.

Questionario sanitario: documento che descrive lo stato di salute dell'assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'assicurato o da chi ne esercita la potestà, e che costituisce parte integrante della polizza.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento (esempio: quietanza di premio rilasciata dalla compagnia al contraente (v. sopra) a fronte del versamento del premio (v. sopra); quietanza di liquidazione rilasciata dal beneficiario (v. sopra) alla compagnia a fronte del pagamento della prestazione).

Recesso: facoltà data alle parti di sciogliere il vincolo contrattuale.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio oggetto del contratto (ad esempio il decesso dell'assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata. Nell'assicurazione malattia per sinistro si intende il ricovero, il day hospital, l'intervento chirurgico ambulatoriale, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti dalle prestazioni assicurative; il complesso degli accertamenti diagnostici senza ricovero relativi a malattie o infortunio ai quali l'assicurato si sottopone nel corso dell'annualità assicurativa.

Scheda contrattuale (di polizza): documento in cui vengono riportati i dati identificativi del contraente (v. sopra), dell'assicurato (v. sopra) e del beneficiario (v. sopra) e dove sono indicati gli elementi che caratterizzano il contratto (il tipo, gli importi delle prestazioni, il premio, ecc.).

Sovramortalità: rischio che la persona affetta da malattia ha di concludere la propria vita prima del termine naturale statisticamente prevedibile per età e per sesso, rispetto alle persone sane.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla compagnia qualora l'assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (sovrappremio sanitario) o alle attività lavorative o sportive svolte (sovrappremio professionale o sportivo).

Stabilità posturale: capacità di mantenere con sicurezza una determinata posizione, statica o dinamica.

Stadiazione (o staging): processo che consente di stabilire l'estensione e la diffusione del tumore, quindi la sua aggressività.

Vessoria: si considera tale una clausola che determina un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.

I punti informativi

Sono a disposizione, presso i principali istituti per lo studio e la cura dei tumori, per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti.

Sono attualmente attivi i seguenti punti informativi:

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati - Reparto Oncoematologico
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico - Day Hospital del Dipartimento di Oncologia Medica c/o Biblioteca Pazienti, URP, Psiconcologia
Bagheria	Villa Santa Teresa - Diagnostica Per Immagini e Radioterapia Reparto di Radioterapia SSD Psicologia
Bari	Ospedale Oncologico Giovanni Paolo II - Dipartimento di Oncologia Medica
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli - Unità Operativa di Oncologia
L'Aquila	Università degli Studi - Dipartimento di Oncologia - P.O. San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico G. Martino - Unità Operativa Complessa Terapie Integrate in Oncologia
Milano	Istituto Nazionale Neurologico C. Besta - Dipartimento di Neurooncologia Istituto Nazionale Tumori - SIRIO, c/o Biblioteca Istituto S. Raffaele - Sportello Psico-Oncologico e del Volontariato, c/o Radioterapia
Napoli	Azienda ospedaliera A. Cardarelli Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale - Servizio di Psico-Oncologia Policlinico dell'Università Federico II - Dipartimento di Endocrinologia e Oncologia Molecolare Clinica Seconda Università degli Studi di Napoli - Servizio di Oncologia Medica, Dipartimento Medico-Chirurgico di Internistica Clinica e Sperimentale
Padova	Istituto Oncologico Veneto
Paola	Ospedale San Francesco di Paola - Unità Operativa di Oncologia Medica
Pavia	Fondazione Maugeri - Divisione di Chirurgia Generale e Senologia Fondazione Maugeri - Servizio di Psicologia
Perugia	Ospedale S. Maria della Misericordia - Oncologia Medica
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri - Unità Operativa Complessa di Oncologia Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Unità Operativa di Psicologia Oncologica Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - Locale di accoglienza del Day Hospital Onco-Ematologico Istituto Regina Elena - Sala Multimediale della Biblioteca dei Pazienti R. Maceratini Ospedale Fatebenefratelli - Divisione di Oncologia, Unità Operativa di Oncologia Sapienza, Università di Roma, Umberto I Policlinico di Roma - Dipartimento di Oncologia Medica
S. Giovanni Rotondo (FG)	Casa Sollievo della Sofferenza - Oncologia Medica
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Sanitaria S. Giovanni Battista - Centro Assistenza Servizio (CAS)
Trieste	Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti - Oncologia Medica

Sono in via di attivazione i seguenti punti informativi:

Cagliari	Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari - AOU
Firenze	Centro Oncologico Fiorentino
Genova	Istituto Nazionale Tumori IST
Roma	Università di Roma Tor Vergata - Policlinico Tor Vergata

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia*
- 3 La radioterapia*
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 Tumori - I trattamenti non convenzionali
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 La resezione epatica
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato

* sono disponibili anche in DVD

AIMaC pubblica anche:

Profili Farmacologici

96 schede che forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Profili DST

50 schede che forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Domande e risposte sul tumore della laringe
- Il test del PSA
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Padre dopo il cancro
- Trattamenti non convenzionali per i malati di cancro (atti del convegno)
- Le assicurazioni private per il malato di cancro

** pubblicato da FA.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle
Associazioni di Volontariato della Regione Lazio.
Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione
e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione.
Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 20 per i soci ordinari, € 125 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di giugno 2010
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. | www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216

840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it