
Life Insurance

Proteggere il reddito familiare dalle conseguenze finanziarie dei rischi biometrici

Dal confronto internazionale spunti per accrescere le tutele degli italiani



Motivi e principali messaggi della ricerca

“Nella fase post-emergenza, la biopaura da contagio e la minaccia alla salute si saldano ai timori per le incerte prospettive economiche. La paura diventa così il principio regolatore emotivo di questa nuova stagione”. L'ultimo rapporto del Censis, pubblicato in estate, fotografa il senso di precarietà che attanaglia le famiglie italiane nell'era del Covid-19. Uno scenario nuovo per il nostro Paese perché va a saldare la tradizionale incertezza sui temi economici con un senso di precarietà sui temi della salute finora rimasto marginale.

Principali stati d'animo degli italiani sulla situazione economica: confronto pre e post Covid-19:

“Quali termini in questa fase descrivono meglio il suo stato d'animo rispetto alla situazione economica?”

	Post Covid-19	Pre Covid-19	diff. % Post Covid-19-Pre Covid-19
Incertezza	49,7	42,2	+7,6
Cautela	38,7	37,5	+1,2
Ansia	25,4	21,4	+4,0
Paura	21,0	14,3	+6,6
Nervosismo	14,4	13,5	+0,9
Diffidenza	10,9	15,9	-5,0

**Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

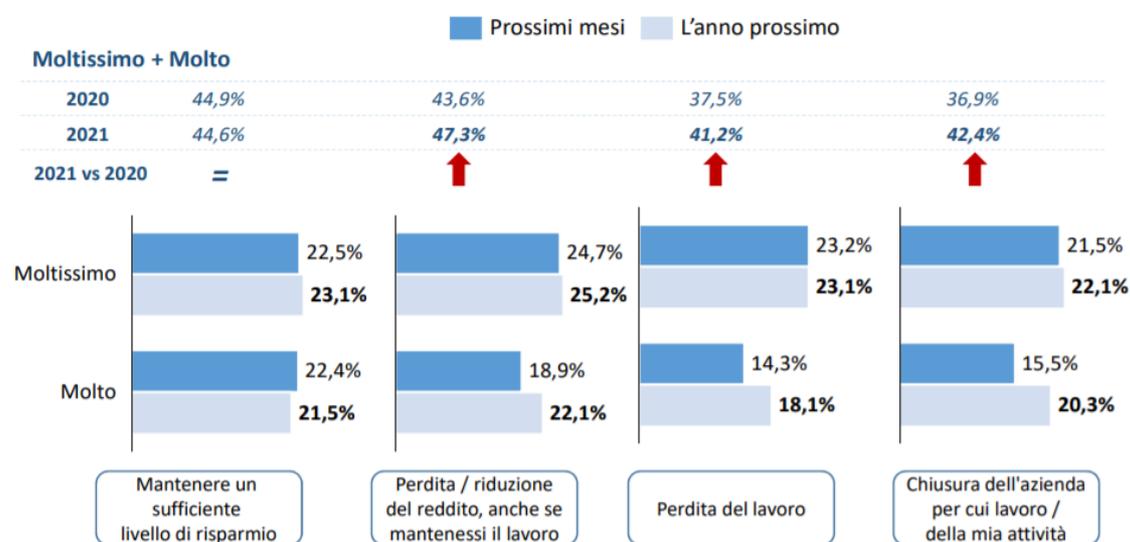
Fonte: Rapporto Censis 2020

Le conseguenze sono già evidenti. Secondo “Termometro Italia”, indagine realizzata da Innovation Team (società di ricerca del gruppo Cerved) che monitora l'impatto della crisi nella percezione di famiglie e imprese, una famiglia su cinque accusa un impatto molto pesante sul reddito e la quota sale a un terzo nella fascia meno abbiente.

La fiducia per l'immediato futuro è bassa. Il 37% delle famiglie teme la chiusura dell'azienda o la perdita del lavoro, il 43,6% considera probabili forti perdite di reddito pur mantenendo il lavoro, il 44,9% ha grave timore di non poter mantenere i risparmi. Le famiglie italiane non si aspettano che la crisi sia passeggera: le aspettative di perdita del posto di lavoro, di chiusura della propria azienda, di riduzione del reddito sono ancor più negative per il 2021. I segnali che arrivano dalle imprese sono solo in parte migliori: il sentiment emergente è la ricerca di una nuova normalità, ma nella consapevolezza che in molti casi questa sarà possibile solo a fronte di scelte drastiche, come ristrutturazioni, chiusure o riconversioni di parte delle attività e riduzione del personale.

Confronto tra preoccupazioni a breve e per l'anno prossimo

Base: famiglie interessate (con risparmio / lavoro)



Fonte: Cerved

A fronte di questo scenario, e nella consapevolezza che la mano pubblica ha spazi di manovra limitati nonostante gli sforzi eccezionali messi in campo a livello nazionale e comunitario per contrastare la crisi, il settore assicurativo è chiamato a dare risposte nuove.

Questa ricerca, giunta alla seconda edizione, esamina il fabbisogno di protezione economica dai rischi biometrici (come decesso e invalidità permanente) in Italia analizzando i dati relativi al 2019. Una situazione che fa emergere i limiti strutturali del sistema Italia, assumendo ancora più valore oggi che ci troviamo ad affrontare uno scenario inedito. Le sfide che abbiamo davanti sono globali e proprio per questa ragione abbiamo voluto introdurre un nuovo capitolo rispetto alla ricerca dello scorso anno dedicato al confronto internazionale, affinché le migliori esperienze europee possano fare da benchmark per migliorare il sistema nazionale di protezione.

L'obiettivo dell'analisi è offrire una visione di come si articola il mercato italiano con particolare focus sulla protezione offerta dal sistema previdenziale pubblico (il cosiddetto I pilastro) e quello integrativo, sia esso legato a welfare aziendali (II pilastro), che volontario (III pilastro). Vogliamo fornire spunti di riflessione per tutti gli attori che animano il settore assicurativo per provare insieme a fornire risposte sempre più adeguate alle esigenze della domanda.

Buona lettura

Pierluigi Verderosa
CEO elipsLife Italia



Indice

Motivi della ricerca	3
1. Premessa	6
2. Affrontare la realtà in modo razionale	9
3. Il bisogno di protezione lungo il ciclo di vita	11
4. I tre pilastri della protezione in Italia	14
5. Il fabbisogno di protezione in Italia	22
6. Il confronto internazionale	26
7. Conclusioni	29
Appendice 1 - Scheda Paese Paesi Bassi	31
Appendice 2 - Autori	36

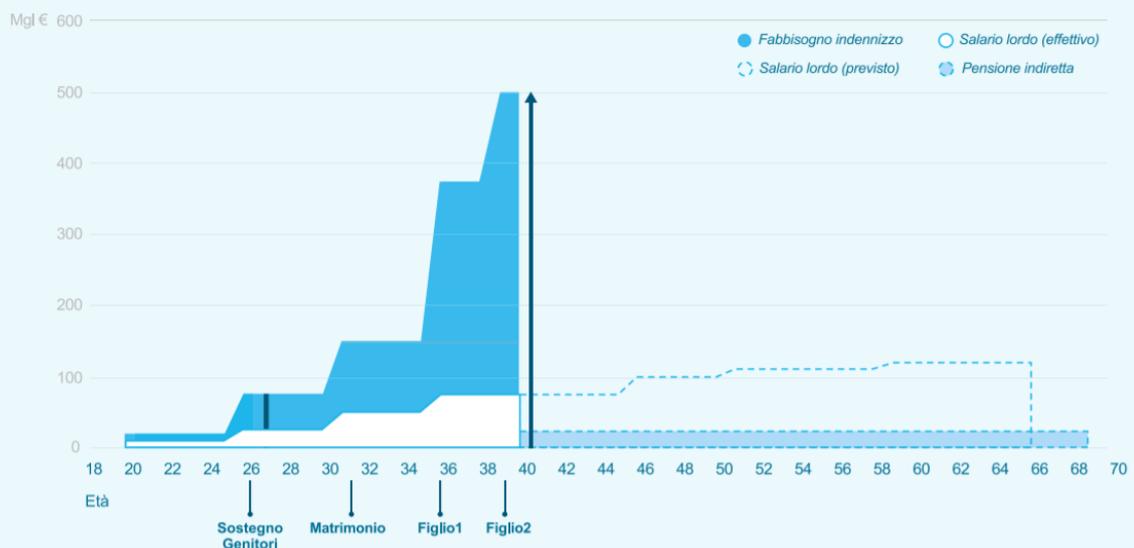
1. Premessa

Conoscenze limitate

Un evento grave, soprattutto se improvviso come si è visto negli ultimi mesi con la pandemia di Covid-19, può causare danni pesanti alle finanze familiari. Le coperture Vita e Invalidità Totale Permanente hanno l'obiettivo di limitare l'impatto negativo.

Purtroppo l'Italia è tradizionalmente sotto assicurata rispetto agli altri Paesi europei a causa della scarsa consapevolezza sulle possibili conseguenze economiche in caso di eventi avversi che colpiscono una persona (come il decesso o l'invalidità permanente). In particolare sono pochi a conoscere il giusto indennizzo per colmare il fabbisogno attuale e futuro in funzione della propria situazione familiare.

Reddito da lavoro e fabbisogno di indennizzo in conseguenza di evento grave



In caso di evento grave, a quanto dovrebbe ammontare l'indennizzo economico per permettere alla famiglia di superare l'improvvisa mancanza di reddito per gli anni a venire?

Come si può vedere nel grafico, solitamente il reddito da lavoro cresce in parallelo con gli anni di professionalità accumulata. Con il passare del tempo la situazione personale e familiare è soggetta a un'evoluzione (ad esempio con il matrimonio e la nascita dei figli). In caso di evento grave, il reddito annuo da lavoro verrebbe a mancare e sarebbe sostituito da una pensione indiretta dello Stato o dell'ente di previdenza di appartenenza (Inps, Inail, Casse di Previdenza).

Questo trattamento è variabile in base agli anni di contribuzione e alla situazione familiare (che incide sull'aliquota di reversibilità), ma in ogni caso insufficiente a compensare il divario con il reddito percepito in precedenza.

Qual è quindi il “fabbisogno di indennizzo” da colmare, ovvero la somma che permette alla famiglia di superare l'improvvisa mancanza di reddito per gli anni a venire e di mantenere lo stesso stile di vita?

Le mancate coperture

La rendita media erogata dai meccanismi statali di previdenza/assistenza non è sufficiente a indennizzare le conseguenze di eventi severi (quali il decesso o l'invalidità permanente del capofamiglia) e a coprire le esigenze dei familiari a carico o comunque dipendenti dalla fonte di reddito venuta a mancare.

Le rendite medie di assistenza dello Stato sono:



Per alcuni lavoratori dipendenti esistono forme assicurative collettive, presenti in pochi contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL), che prevedono indennizzi in caso di infortunio sul lavoro, e, per categorie ristrette (come dirigenti industria e dirigenti commercio), risarcimenti in caso di decesso o invalidità totale permanente per qualsiasi causa e per malattie gravi.

Il gap di protezione è ancora più ampio per molti professionisti con partita Iva con pochi anni di contribuzione, per i quali le casse di previdenza non offrono sufficienti strumenti di indennizzo.

Il futuro si presenta anche più incerto. La spesa assistenziale (prestazioni per gli invalidi civili con

relative indennità di accompagnamento, pensioni e assegni sociali e pensioni di guerra, integrazioni al minimo, maggiorazioni sociali, quattordicesima e importi aggiuntivi) costituisce una grossa componente del totale ed è in aumento. Tuttavia non è bilanciata da entrate di scopo (è solo parzialmente finanziata attraverso contribuzione) e non è quindi sostenibile con gli attuali trend. Inoltre nel nostro Paese vi è uno sbilanciamento in favore della vecchiaia e a detrimento di malattia e salute rispetto alla media europea.

RISCHI SOCIALI PIÙ PROTETTI* Anno 2017

Italia	48,8%	vecchiai	40,5%	Europa
	23,1%	malattia/salute	29,7%	

**quota sulle prestazioni totali erogate a livello europeo*

Fonte: ISTAT

In Italia gli over 65 costituivano a fine 2019 il 22,8% della popolazione, contro il 15% del 1991 (fonte Eurostat). È evidente quindi l'accelerazione del processo di invecchiamento nel nostro Paese dovuto alla maggiore longevità e alla minore natalità. Tale situazione rende complessa la tenuta sia del nostro sistema previdenziale sia di quello assistenziale. I lavoratori si trovano stretti in una morsa: devono infatti sostenere una nuova generazione che fatica a trovare una prima occupazione e quella ormai in pensione.

Il risultato complessivo mostra quindi maggiore fragilità, fisica e psicologica, e forme di dipendenza che, in un contesto di reti familiari strutturalmente più deboli (dove il modello del figlio unico riduce il livello di sostegno familiare), richiedono maggiore attenzione da parte del sistema di welfare.

Dunque in Italia esiste una bassa comprensione e una sostanziale sottoassicurazione dei rischi biometrici, con un impatto negativo sia per i singoli cittadini, in particolare per quel 25% di italiani lavoratori autonomi, sia per l'intera collettività, chiamata a supportare la previdenza, la sanità e l'assistenza sociale attraverso il pagamento di (nuove) imposte, dirette o indirette.

2. Affrontare la realtà in modo razionale

La priorità è coprire i rischi

I decessi, così come infortuni e/o malattie con severe conseguenze accadono: si può scegliere di chiudere gli occhi e di ignorarli; ma il rischio esiste e non può essere eliminato.

Secondo uno studio dell'ONU, tra il 2000 e il 2020 l'aspettativa di vita media alla nascita a livello globale è aumentata di cinque anni, passando da circa 67 a 73 anni e, nel 2100, dicono gli esperti, arriverà fino a 82 anni.

A risentirne sarà anche l'età media della popolazione, che passerà dai 22.6 anni del 1980 ai 41.9 del 2100, contro i 30.9 attuali.

Quanto all'Italia, i dati dell'Istat indicano che, oltre ad aumentare l'aspettativa di vita (83 anni, vale a dire tre in più del 2020, l'invecchiamento della popolazione è dovuto alla bassa natalità: per ogni 100 residenti che muoiono, ne nascono solo 67, contro i 96 registrati appena dieci anni fa.



Opportune precauzioni e sani stili di vita influiscono di certo in modo positivo sulla riduzione di malattie e sulla frequenza di incidenti, quindi sull'aspettativa di vita: tuttavia il rischio, benché possa essere piccolo e remoto, non può annullarsi.

In realtà è molto più grande la probabilità di incorrere in un grave infortunio o malattia rispetto a quella di vincere alla lotteria. Eppure, paradossalmente, è molto più alta la spesa media nei giochi a premi o nel gioco d'azzardo (oltre 106,8 miliardi di euro nel 2018 secondo dati

dell’Agenzia delle Dogane) rispetto alla spesa in assicurazione contro il rischio biometrico (circa 4,8 miliardi di euro).

Anno	Giocato (miliardi di euro)	Vincite (miliardi di euro)	Spesa (miliardi di euro)	Erario (miliardi di euro)
2015	88,2	71,2	17,0	8,8
2016	96,1	77,0	19,1	10,4
2017	101,8	82,9	18,9	10,3
2018	106,8	87,8	18,9	10,4

Fonte: Libro Blu 2018. Agenzia Dogane Monopoli

Le coperture che mancano

I dati e l’esperienza ci ricordano che nessuno è immune dal rischio biometrico. Le conseguenze sull’economia familiare (quindi sui nostri cari) possono essere pesanti.

La classica “polizza collettiva infortuni” presente in alcuni CCNL e Cia è importante, ma non sufficiente a proteggere dalla principale causa di decesso: la malattia. Nel caso degli affiliati Asdep tutte le famiglie colpite dall’evento hanno ricevuto l’indennizzo proprio perché tra le cause di indennizzo era incluso il decesso da malattia.

Impiegati con basso reddito, famiglie giovani e con pochi anni di contribuzione sono i più esposti nel caso si verificano eventi avversi. Lo Stato, per quanto attivo, non può essere sufficiente né essere la sola risposta. La protezione da questi rischi richiede il coinvolgimento attivo di altri importanti attori, in particolare:

- **Sindacati e associazioni di categoria:** sono organi sociali fondamentali nel comprendere i fabbisogni di protezione durante la vita lavorativa del dipendente (la polizza infortuni non protegge dalle morti da malattia) e potenziali impatti finanziari sulla più estesa situazione familiare, in caso di eventi gravi;
- **Datore di lavoro:** deve sensibilizzare alla comprensione del rischio e indennizzare i propri dipendenti, all’interno di un più ampio discorso legato al welfare aziendale (ad esempio, somma assicurata più alta per età più giovani; polizza ad adesione volontaria; polizza malattie gravi, con anticipo della somma assicurata);
- **Casse di previdenza:** i fondi di assistenza, enti bilaterali e in genere associazioni di lavoratori possono svolgere un importante ruolo di collettore della domanda e predisposizione di coperture collettive efficaci verso i propri associati.

3. Il bisogno di protezione lungo il ciclo di vita

Uno stile di vita sano e una corretta attività di prevenzione consentono di ridurre il rischio biometrico, ma non di annullarlo. Da qui l'utilità di una corretta pianificazione finanziaria e assicurativa tale da mettere al riparo dalle conseguenze economiche di eventi dannosi.

Come farlo in maniera ottimale, utilizzando al meglio le risorse a disposizione?

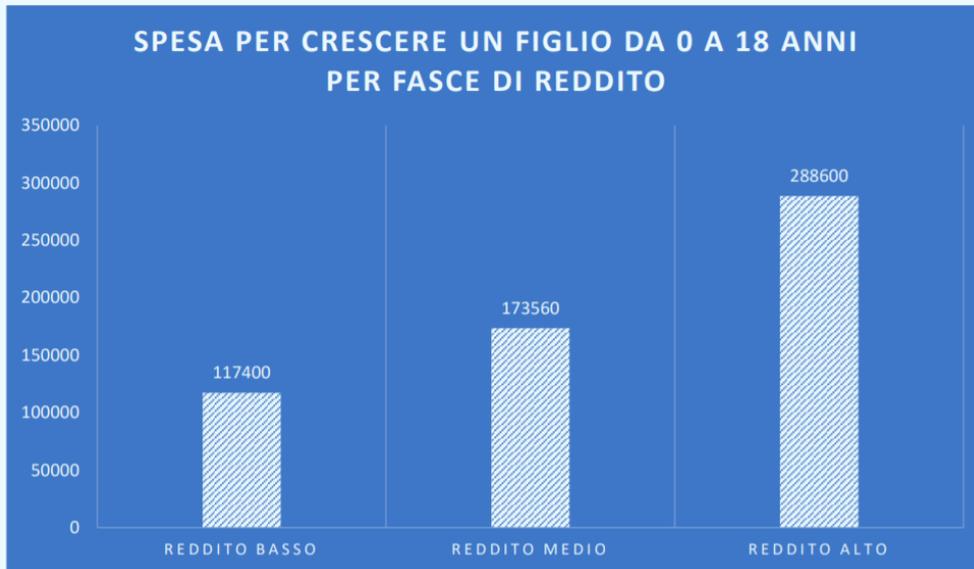
Abbiamo individuato due priorità:

1. Dato che non è possibile assicurare qualunque evento, è opportuno concentrarsi in particolare su quelli particolarmente gravi, cioè che possono compromettere in maniera molto seria e permanente la nostra capacità di produrre reddito: il decesso e l'invalidità permanente di grave entità. Sottoscrivere una polizza legata a queste eventualità consente di contare, a fronte di un premio assicurativo ridotto dalla "rarietà" dell'evento, su una prestazione molto elevata.
2. Il secondo passaggio consiste nell'individuare il capitale da assicurare per il caso di danno coperto (premorienza e invalidità permanente).

La valutazione delle necessità economiche che derivano dall'evento dipende da diversi fattori, tra cui il reddito, non solo attuale ma anche futuro, che verrebbe a mancare o a ridursi, e il livello di spesa della famiglia.

Ad esempio, secondo l'ultimo Osservatorio nazionale Federconsumatori, la spesa media di una famiglia composta da 2,4 persone (famiglia topo identificata dall'Istat) per sostenere la crescita di un figlio da 0 a 18 anni è di 2.622,48 euro al mese. A questo proposito va ricordato che la media è costituita da un 50% di famiglie che deve far fronte a tutte le spese con meno di 2mila euro al mese.

La spesa totale per crescere un figlio da 0 a 18 anni, rilevata nel 2018, è stata di 173.560 euro, un valore in crescita del 2,3% rispetto al 2015.



Fonte: Quanto costa crescere un figlio - ONF 2019

Qualsiasi analisi non può prescindere anche delle risorse disponibili, relativamente a quelle già in possesso della famiglia (come risparmi accantonati, beni e altri redditi non da lavoro) e alle risorse che si renderebbero disponibili in caso di evento, in genere rappresentate dalle prestazioni garantite dal sistema di welfare (pubblico o anche privato) di appartenenza del soggetto. Nella valutazione degli asset patrimoniali/finanziari già in possesso della famiglia, va sempre tenuto conto dei tempi di smobilizzo delle stesse risorse e le condizioni più o meno favorevoli cui potrebbero essere liquidati. Pertanto non c'è garanzia di immediata e congrua disponibilità delle somme necessarie in caso di evento avverso.

Diversa invece è la valutazione delle risorse che si renderebbero disponibili proprio al verificarsi dell'evento. In questo caso vanno considerate le prestazioni garantite dal sistema di welfare (coperture di primo o anche di secondo pilastro, incluso il Tfr per i lavoratori dipendenti). Specie per quanto riguarda il primo pilastro, ormai quasi del tutto a carattere contributivo, spesso si tratta di prestazioni non molto generose, ma è comunque importante valutarle, magari con l'aiuto di un esperto.

A questo punto è importante considerare che gli elementi citati sono quasi esclusivamente flussi, cioè valori periodici, che si ripetono nel tempo, ad esempio ogni anno (redditi mancanti e spese), mentre gli indennizzi erogati dalle coperture assicurative sono in genere in forma di capitale, dunque versati una tantum al momento del risarcimento.

Come conciliare queste grandezze diverse? La variabile rilevante diviene allora il tempo, dunque la domanda cruciale è: per quanto si desidera garantire il tenore di vita alla famiglia in caso di evento dannoso? La risposta dipende dalla composizione della famiglia stessa, dall'età dei figli, dalle prospettive che si vogliono garantire loro ... In altre parole, dipende dalle fasi della vita. Volendo allora sintetizzare in una formula quanto descritto avremmo:

$$\text{FABBISOGNO} = \left(\text{REDDITI} - \text{PRESTAZIONI PERIODICHE} \right) \times \text{ANNI} - \text{PRESTAZIONI IN CAPITALE}$$

Dove:

- **Fabbisogno:** importo (una tantum) necessario per il sostegno della famiglia in caso di evento avverso (come somma capitale da assicurare);
- **Redditi** che verrebbero a mancare in caso di evento (come il reddito lordo annuo da lavoro);
- **Prestazioni periodiche** che conseguirebbero all'evento (ad esempio prestazioni di welfare pubblico o privato);
- **Anni** per i quali si desidera tutelare la propria famiglia (come il tempo necessario perché i figli possano completare gli studi e raggiungere un'autonomia economica);
- **Prestazioni in capitale** (una tantum) conseguenti all'evento (vi rientrano TFR, montante cumulato nel fondo pensione di II o III pilastro).

In modo ancora più semplice, una domanda da porsi è: “**Quanti anni di reddito da lavoro occorre assicurare** per far fronte alle conseguenze finanziarie dell'invalidità totale permanente o del decesso del portatore di reddito?”

4. I tre pilastri della protezione in Italia

Pilastro	Caratteristica	Origine dell'erogazione	Target
I	E' universalistico, obbligatorio e di natura pubblica	Enti previdenziali di diritto pubblico (come Inps e Inail) di diritto privato con funzioni e finalità pubblicistiche - (come le Casse di Previdenza dei professionisti)	Assicura a tutti i cittadini la pensione di base, rendite e alcuni specifici indennizzi, in relazione alla natura e all'effetto dell'evento
II	E' di natura privata, di matrice collettiva, ad adesione per alcune categorie	Fondi e altri soggetti privati	Gli assicurati
III	Sistema privato, che si realizza tramite coperture attivate volontariamente dal singolo cittadino / lavoratore	Fondi e altri soggetti privati	Gli assicurati

4.1 Le prestazioni di assistenza a copertura rischi biometrici (I pilastro)

Prestazioni previste dall'Inps

- Decesso

In caso di morte del lavoratore viene erogata ai superstiti la cosiddetta prestazione indiretta, che prende il nome di pensione di reversibilità nel caso in cui il decesso riguardi un lavoratore già in quiescenza. L'importo dipende sia dal montante contributivo del lavoratore al momento del decesso (o dall'ammontare della pensione percepita al momento del decesso) sia dal grado di parentela del superstite (la prestazione non è erogata ad esempio a eventuali partner conviventi e solo in misura ridotta a genitori o fratelli).

Se...	Superstiti beneficiari	Quota
Il coniuge è in vita...	Coniuge senza figli	60%
	Coniuge con un figlio	80%
	Coniuge con due o più figli	100%
In assenza del coniuge, ma figli in vita...	Un figlio	70%
	Due figli	80%
	Tre o più figli	100%
In assenza di coniuge, ma genitore/i in vita...	Un genitore	15%
	Due genitori	30%
In assenza di coniuge, figli e genitori, ma fratelli/sorelle in vita...	Un fratello o sorella	15%
	Due fratelli o sorelle	30%
	Tre fratelli o sorelle	45%
	Quattro fratelli o sorelle	60%
	Cinque fratelli o sorelle	75%
	Sei fratelli o sorelle	90%
	Sette fratelli o sorelle	100%

Inoltre, in relazione al reddito del beneficiario, le prestazioni indirette in caso di decesso ottenute sulla base delle percentuali riportate in tabella subiscono un abbattimento del 25% se il reddito è superiore a 3 volte il minimo annuo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti (6.596,46 euro per il 2018), del 40% se superiore a 4 volte, del 50% se superiore a 5 volte.

Nel caso di decesso di un lavoratore in giovane età, la prestazione ai superstiti risulta del tutto inadeguata a far fronte alle conseguenze economiche dell'evento.

Nell'ipotesi di un quadro con moglie e un figlio a carico, un reddito annuo lordo di 50.000 euro che abbia avuto un'evoluzione dell'1,5%, la prestazione indiretta risulta strettamente dipendente dall'anzianità contributiva:

- Con 5 anni di contributi circa 3.500 euro/anno netti (pari a circa l'11% del reddito netto)
- Con 10 anni di contributi circa 6.400 euro/anno netti (pari a circa il 19% del reddito netto)
- Con 20 anni di contributi circa 9.400 euro/anno netti (pari a circa il 28% del reddito netto)
- Con 30 anni di contributi circa 14.600 euro/anno netti (pari a circa il 44% del reddito netto)
- Con 40 anni di contributi circa 23.300 euro/anno netti (pari a circa il 70% del reddito netto)

Aliquote di reversibilità

In relazione al reddito del coniuge, le percentuali di reversibilità potrebbero essere abbattute in misura maggiore.

- Perdita permanente della capacità lavorativa

In caso di perdita totale della capacità di svolgere qualunque attività è prevista la pensione di inabilità, calcolata con le stesse regole della pensione di vecchiaia, aggiungendo al montante contributivo cumulato dal lavoratore al momento dell'evento una contribuzione figurativa per gli anni mancanti al raggiungimento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia.

Si tratta di un trattamento pensionistico anticipato, inadeguato a far fronte alle conseguenze economiche di un evento di tale gravità. Per avere diritto alla prestazione occorre comunque un requisito minimo (5 anni di contribuzione di cui almeno 3 nel quinquennio precedente l'evento). Inoltre la prestazione non è cumulabile con l'eventuale prestazione Inail erogata per lo stesso evento. La pensione di inabilità è esente da tassazione ed è reversibile. Se poi all'invalidità permanente totale si associa anche l'impossibilità di camminare in modo autonomo è previsto, in aggiunta, un assegno di accompagnamento di 500 euro mensili, subordinato però a stringenti requisiti reddituali.

Prestazioni previste dall'Inail

- Decesso

Quando il decesso è conseguente a infortunio o malattia professionale, la prestazione di rendita ai superstiti dipende dalla retribuzione del lavoratore e dal grado di parentela (la prestazione non è erogata ad esempio a fratelli/sorelle, né a genitori, né a eventuali partner conviventi). A titolo esemplificativo, al coniuge spetta il 50%, ai figli, fino a 26 anni se studenti in corso, il 20% ciascuno.

Nell'ipotesi di un quadro con reddito annuo lordo di 50.000 euro, un figlio minore e coniuge a carico, la rendita ai superstiti è pari a circa 15.000 euro netti annui, cumulabili con la rendita Inps descritta in precedenza.

- Invalidità permanente di grado compreso fra il 16% e il 100%

In questo caso è prevista una rendita proporzionale al grado di invalidità, ma non alla retribuzione, che varia da circa 1.200 euro l'anno per invalidità del 16% a circa 17.200 euro l'anno per quella totale (100%). A tale elemento si somma un'ulteriore componente di rendita, soggetta a Irpef, legata invece alla retribuzione, che varia dal 40% della retribuzione stessa per invalidità dal 16% al 20% fino al 100% per quella dall'86% al 100%.

Le prestazioni erogate dall'Inail non sono soggette a tassazione Irpef, salvo l'integrazione della rendita per invalidità permanente sopra descritta e altri casi residui (ad esempio integrazione della rendita diretta, prestazione ai marittimi dichiarati temporaneamente inidonei alla navigazione, rimborso per cure idrofangotermali e pagamento diretto per soggiorni climatici).

Le prestazioni di assistenza delle Casse di Previdenza

Se si guarda agli indennizzi previsti dalle Casse di Previdenza a copertura dei rischi biometrici, emerge chiaramente che il basso livello di protezione del I pilastro rispetto alle conseguenze finanziarie del rischio biometrico. Ad esempio, per un architetto di 45 anni con 15 anni di contribuzione, reddito annuo lordo di 30.000 euro coniugato con figlio minore:

- Decesso: Inarcassa riconosce una rendita mensile lorda che in percentuale del reddito è pari a circa il 13% (ovvero 3.900 euro per anno);
- Invalidità permanente tra il 66% e il 99%: La Cassa riconosce una rendita mensile lorda pari al 19% del reddito, che sale al 27% circa per invalidità totale (ovvero 6.000-8.000 euro per anno);
- Nessuna copertura è prevista per Inabilità temporanea, né viene riconosciuta una diaria per ricovero.

In caso di decesso, solo all'agente di commercio e al commercialista è riconosciuto anche un capitale, seppur basso.

Per quanto riguarda l'invalidità permanente, quasi tutte le Casse riconoscono una prestazione per un grado di invalidità superiore al 65%; fanno eccezione la Cassa Fofense che copre gli avvocati a partire dal 40% di invalidità ed Enasarco, che riconosce una prestazione in forma di capitale per gli agenti di commercio per invalidità superiore al 20%.

Purtroppo, gli affiliati con pochi anni di contribuzione non hanno alcun indennizzo:

- un avvocato con invalidità compresa tra il 66% e il 99% ha diritto alla rendita mensile solo se ha maturato almeno 5 anni di iscrizione e contribuzione alla Cassa;
- ai superstiti di un architetto o di un ingegnere spetta una rendita mensile solo se quest'ultimo ha maturato almeno 2 anni di iscrizione e contribuzione alla Cassa.

4.2 Indennizzi previsti dai contratti di lavoro e ruolo dei fondi assistenziali (il pilastro)

Nel sistema produttivo italiano **i settori dell'Industria e del Commercio e Servizi sono i più strutturati nel prevedere coperture assicurative a favore dei lavoratori nell'ambito della contrattazione collettiva di I livello.**

Si tratta di polizze temporanee Caso Morte e/o Infortuni professionali ed extra professionali. Tuttavia il CCNL delle aziende del Terziario e della Distribuzione prevede anche coperture per la non-autosufficienza e invalidità permanente da malattia.

Quadro di sintesi delle coperture previste contrattazione collettiva di I livello per settore economico e per i principali CCNL.

Settore	CCNL	#Addetti (mgl)	% su Settore	Coperture	Dirigenti	Quadri	Impegnati	Operai
Industria	Meccanica	1.484	40,5	Decesso Infortuni LTC	● ●			
	Alimentare e bevande	442	12,1	Decesso Infortuni LTC	● ●	●	●	●
Commercio e Servizi	Aziende del terziario della distribuzione e dei servizi	3.326	20,6	Decesso Infortuni LTC	● ● ●	●	●	●
	Turismo e Pubblici esercizi	1.549	9,6	Decesso Infortuni LTC	● ●	●	●	●
	Aziende grafiche ed affini e aziende editoriali anche multimediali	115	0,7	Decesso Infortuni LTC	● ●	●		
Artigianato	Imprese artigiane e PMI edili	2.007	71,1	Decesso Infortuni LTC				● ●
	Aziende artigiane alimentari	123	4,3	Decesso Infortuni LTC			● ●	
Terzo settore	Imprese cooperative del settore agricolo	91	11,5	Decesso Infortuni LTC				
	Cooperative esercenti servizi di pulizia	62	7,8	Decesso Infortuni LTC				
Pubblica Amministrazione	Istruzione e ricerca	1.184	36,4	Decesso Infortuni LTC				
	Sanità	653	20,1	Decesso Infortuni LTC				
	Funzioni locali	506	15,5	Decesso Infortuni LTC				

● Ambito professionale ed extra professionale ● Ambito professionale

L'obbligo di copertura per i rischi biometrici da parte dell'azienda è principalmente a beneficio dei dirigenti, in particolare per quanto attiene alle coperture rischio decesso da tutte cause.

È il caso del CCNL dei dirigenti Industriali e di quello per i manager del Commercio, dei Trasporti e del Turismo del Terziario avanzato che pongono a carico dei datori di lavoro, sep-pure con differenti previsioni contrattuali, l'obbligo di assicurare i medesimi contro il rischio di morte e invalidità totale permanente da qualsiasi causa.

I capitali minimi assicurati riconosciuti per il caso morte per i due principali contratti di categoria sono:

- Dirigenti Industria:
 - 200.000 euro a favore dei dirigenti senza figli a carico e/o coniuge
 - 300.000 euro a favore dei dirigenti con figli a carico e/o coniuge
- Dirigenti Commercio e Servizi:
 - Da un massimo di 520.000 euro (per un'età compresa tra i 21 e i 29 anni) a un minimo di 135.000 euro (per un'età tra i 60 e i 65 anni). Da 66 a 70 anni la garanzia è comunque attiva per capitali inferiori.

Per avere un quadro di lettura completo va tenuto conto che in Italia 27.000 aziende private hanno dirigenti, per un totale di 125.000 manager attivi (di cui 52.000 nel terziario), ai quali si aggiungono poco più di 310.000 quadri per un totale di circa il 3% del numero dei lavoratori dipendenti in Italia. Numeri dai quali si deduce che solo un numero ridotto di lavoratori gode di questo livello di protezione.

Invece la copertura infortuni, nell'ambito di alcuni contratti aziendali dei settori Industria e Commercio, è talvolta estesa anche a tutti i dipendenti (nel caso del contratto Alimentare e Bevande la polizza infortuni è concessa ai soli dipendenti con contratto a tempo indeterminato): in generale i dirigenti sono coperti anche per gli infortuni in ambito extra-lavorativo a differenza degli altri dipendenti che sono coperti solo per infortunio sul lavoro.

Gli indennizzi previsti per categoria professionale:

- Dirigenti Industria e servizi:
 - 5 volte la retribuzione annua lorda per la copertura del caso di morte;
 - 6 volte la Ral per la copertura dei casi di invalidità permanente totale e parziale derivante da infortunio e, per i soli dirigenti industria, da malattia professionale.
- Dipendenti Industria Alimentare:
 - 35.000 euro in caso di morte;
 - 45.000 euro per invalidità permanente totale.
- Dipendenti delle aziende del terziario della distribuzione e dei servizi:
 - 22.000 euro in caso di morte;
 - 30.000 euro per invalidità permanente totale.

Analizzando i principali contratti di I livello dei settori Artigianato, Terzo Settore e Pubblica Amministrazione, emerge che non ci sono obblighi per il datore di lavoro di coperture Caso Morte o infortuni fatta eccezione per gli operatori di vendita delle aziende artigiane alimentari o per gli

impiegati del Terzo Settore.

4.3 Rischio residuale coperto direttamente dall'individuo (III pilastro)

Le polizze di gruppo ad adesione facoltativa e le polizze individuali possono coprire il rischio residuale, andando a colmare la lacuna lasciata dal I e dal II pilastro.

Esistono diversi modelli di polizze di gruppo ad adesione facoltativa che proteggono dipendenti o affiliati in caso di decesso e/o invalidità totale permanente. Ad esempio:

- Un ente pubblico offre la possibilità a quadri, dirigenti, impiegati di innalzare la copertura base di due o tre volte la retribuzione annua lorda dell'anno precedente. Il tasso è fisso per ogni dipendente, a prescindere da sesso ed età e pari al 2,5 per mille euro della somma assicurata (per esempio 125 euro per 50.000 euro assicurati). Il contributo volontario è raccolto tramite addebito sul salario;
- Un fondo del settore bancario offre ai dipendenti del relativo gruppo bancario la possibilità di aderire a coperture che indennizzano in caso di decesso e invalidità permanente con somme assicurate di 50.000, 100.000 o 150.000 euro e tariffe puntuali per sesso ed età (molto inferiori rispetto ad analoghe tariffe individuali). Il contributo volontario è raccolto tramite addebito sul salario.

Essendo il contraente un'entità giuridica, mentre gli assicurati (e in genere anche i beneficiari) sono dipendenti o associati/affiliati all'ente, le modalità operative sono semplificate, esiste un effetto scala/gruppo di acquisto e le polizze in genere hanno un miglior rapporto benefici/premi pagati.

Le polizze di gruppo ad adesione facoltativa hanno in genere durata annuale e tassi puntuali per età oppure fissi per la durata del contratto ma calcolati rispetto alla distribuzione della popolazione.

Le polizze individuali (o retail) riguardano una singola persona o al più la sua famiglia.

A parità di fattori, e al netto di eventuali compensazioni all'interno del gruppo, le polizze individuali hanno un costo maggiore rispetto a quelle collettive, in relazione al rischio di antiselezione, costi di gestione più alti e costi di marketing superiori.

Le polizze individuali hanno in genere durata pluriennale, e tassi puntuali per età, oppure fissi per scaglioni ma calcolati rispetto al periodo di copertura. A titolo esemplificativo:

- Il tasso di premio per una polizza caso morte di durata 10 anni per un 30enne varia anche in funzione dello status tabagico, tra lo 0,45 e l'1,1 annuo per mille euro di somma assicurata

(ad esempio 90-220 euro/annui per 200.000 euro assicurati);

- Il tasso di premio per una polizza caso morte di durata 10 anni per un 50enne varia tra il 2,9 e il 5,6 per mille euro di somma assicurata (per esempio 580-1.120 euro/annui per 200.000 euro assicurati).

A tali importi vanno poi aggiunti i costi per remunerare la distribuzione e la gestione delle polizze, in genere fra il 10 e il 30% del premio, oltre eventuali costi fissi di emissione e costi per quietanzare.

Le modalità di assunzione del rischio per le compagnie assicurative sono più stringenti nelle polizze individuali rispetto a quelle di gruppo. Ad esempio:

Somma assicurata (€)	Documentazione richiesta polizza di gruppo (Obbligatoria)	Documentazione richiesta polizza individuale
< 300.000	Free Cover limit: nessun accertamento sanitario. Il dipendente o affiliato è automaticamente coperto dal rischio.	Questionario di profilazione (dati anagrafici, fumatore, indice altezza in rapporto al peso, residenza, professione, ...) e/o questionario sanitario.

In genere per le sottoscrizioni di polizze individuali, anche per bassi importi assicurati è prevista una dichiarazione di buono stato di salute oppure la compilazione del questionario medico, e l'eventuale esclusione di malattie preesistenti, anche per copertura del solo decesso. Spesso il perfezionamento della polizza è possibile solo attraverso il contatto con un intermediario. **In altri termini, per il singolo individuo cercare di assicurarsi dopo l'insorgenza di una malattia grave potrebbe essere costoso, se non impossibile.**

Anche per le polizze collettive ad adesione facoltativa e individuali, il trattamento fiscale degli indennizzi e delle rendite previste delle polizze assicurative è un tema complesso e in genere specifico per le singole coperture assicurative.

Facendo riferimento alle polizze per il rischio decesso, è importante ricordare che l'indennizzo non costituisce reddito imponibile. Per esempio, un quadro con 50.000 euro di reddito lordo, ha un netto annuo di 30.000 euro. Nel caso si assicurasse per una somma di 250.000 euro in caso di decesso (5 volte il salario lordo), i beneficiari riceverebbero 250.000 euro netti, ovvero l'equivalente di oltre 8 anni di salario netto, ma in forma capitale, cioè una tantum.

Nel caso di polizze di gruppo attivate dal datore di lavoro, il reddito tassabile dipende dalla forma dell'accordo aziendale.

Nel caso di polizze individuali, il premio è pagato direttamente dal contraente individuale.

La detraibilità è del 19% sul premio della polizza fino ai 530 euro di premio.

5. Fabbisogno di protezione in Italia II

Le coperture relative ai rischi legati alla vita umana

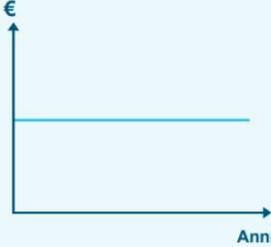
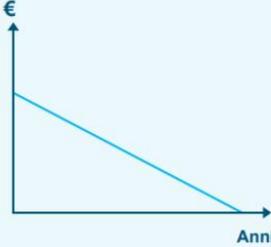
Prometeia ha elaborato stime per quantificare l'ammontare dei premi raccolti sul mercato italiano riferiti a polizze a copertura dei rischi collegati alla vita umana. In particolare le elaborazioni condotte si riferiscono alle polizze Temporanea Caso Morte (TCM), Long Term Care (LTC) e Infortuni con riferimento alle sole garanzie Morte, Invalidità Permanente e Inabilità temporanea.

Secondo le stime elaborate, integrando diverse basi dati, in particolare di fonte Ania e Ivass, il mercato delle coperture relative ai rischi legati alla vita umana così come definito sopra, nel 2019 valeva poco più di 5,4 miliardi di euro. La componente di matrice collettiva incideva sulla raccolta complessiva per oltre il 55%. Gli aggregati più rilevanti fanno riferimento alle coperture Infortuni e Vita Caso Morte, mentre è ancora modesta la rilevanza delle coperture Long Term Care.

L'aggregato comprende sia prodotti di tipo individuale sia forme collettive, polizze stand alone, cioè autonome rispetto ad altri prodotti (assicurativi e non) o coperture abbinate o supplementari rispetto a un altro prodotto: è il caso delle cosiddette coperture "Creditor Protection Insurance" (CPI) legate a mutui e finanziamenti.

Analizzando il mercato delle polizze collettive si osserva che, a fronte di una raccolta di 3,2 miliardi di euro al 2019, il 73% dei premi è collegato a polizze CPI. La componente CPI collegate agli infortuni risulta invece avere un ruolo meno significativo all'interno dell'aggregato infortuni; le stime conducono a una raccolta Infortuni di matrice collettiva di circa 498 milioni di euro.

Le polizze decesso stand-alone indennizzano i beneficiari dalle conseguenze finanziarie del rischio decesso o invalidità totale permanente da tutte le cause (inclusa malattia), per proteggere il benessere familiare.

Caratteristiche	Decesso "stand-alone"	Decesso collegata a mutui/finanziamenti - CPI
Finalità	Protezione del reddito in caso di decesso	Estinzione del debito residuo in caso di decesso
Somma assicurata		
Altre caratteristiche	<p>Definita in relazione ad accordi CCNL, CIA o dall'assicurato, e in genere legata al livello di reddito e composizione familiare</p> <p>Durata annua, con tacito rinnovo in continuità</p> <p>Premio annuo, calcolato in modo puntuale rispetto ad età anagrafica della popolazione assicurata nell'anno</p>	<p>Decrescente con il finanziamento; si estingue con il finanziamento</p> <p>Durata pluriennale (5-40 anni)</p> <p>Premio unico oppure periodico, calcolato in relazione alla durata del finanziamento</p>

Le polizze individuali prevedono maggiori costi di distribuzione (commissioni, spese marketing, formazione), in particolare se distribuite attraverso un modello "one to one" tipico dell'agenzia tradizionale (commissioni medie del 25-40%, upfront rispetto al premio); le polizze collettive, per definizione, sfruttano la dimensione del gruppo assicurato (effetto scala) e l'intermediazione "one to many" con il responsabile delle risorse umane, o con altro responsabile, per conto di tutti i dipendenti o affiliati (commissioni annue medie del 10-20%; < 5% in caso di gare pubbliche).

Il gap di protezione

Una corretta pianificazione delle scelte di protezione deve tener conto di tutte le esigenze e degli obiettivi della famiglia: presenza di ulteriori persone a carico, obiettivi specifici individuati nel tempo, impegni assunti in termini di finanziamenti e così via.

Le attuali coperture garantite dal sistema di welfare pubblico siano necessariamente insufficienti a garantire una prosecuzione "normale" della vita familiare in caso di evento avverso che colpisca il percettore di reddito. Il livello di scopertura è variabile in funzione delle fasi della vita (composizione della famiglia, anni di contribuzione maturati e così via). Sarebbe auspicabile una maggiore articolazione dei livelli di copertura previsti dai CCNL, che da un lato tenga conto della situazione familiare del soggetto (ad esempio proporzionalità dell'indennizzo in funzione del numero di familiari a carico) e dall'altro interpreti il ruolo di tali coperture in funzione delle effettive aree di potenziale fragilità della famiglia. In quest'ultimo caso si andrebbe a compensare, attraverso l'importo assicurato, l'impatto negativo sulla prestazione pubblica di una storia contributiva ridotta, ed estenderne il raggio di azione anche agli inquadramenti più bassi, di fatto caratterizzati da maggiore livello di fragilità.

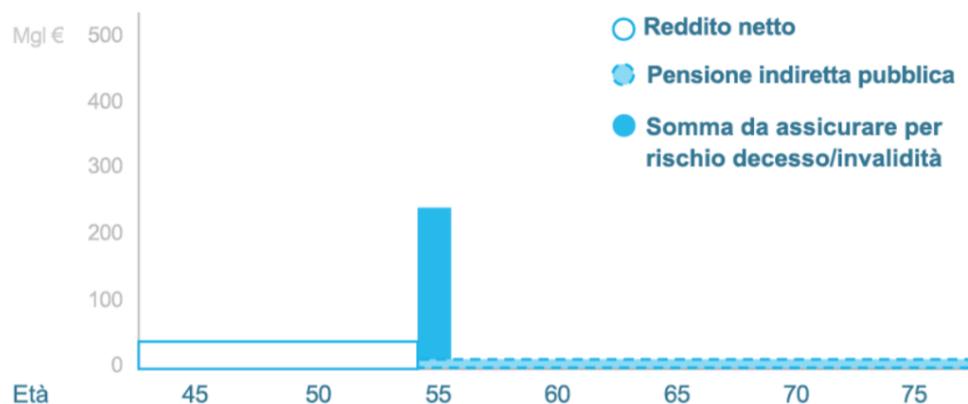
Esempio 1

Dipendente privato (impiegato) di 55 anni, con moglie e figlio a carico nato nel 2010. Reddito netto da lavoro annuo pari a 24.000 euro.

In caso di premorienza del soggetto la pensione pubblica indiretta risulta pari a 10.190 euro annui, ipotizzando che i contributi siano stati versati per 20 anni; in assenza di redditi netti da altre fonti il gap reddituale è pari a 13.810 euro annui. Nell'ipotesi di voler garantire lo stesso tenore di vita per la famiglia nei prossimi 20 anni (durata stimata per il mantenimento del figlio per tutto il corso degli studi) e di smontare il TFR maturato che consentirà alla famiglia di mantenere lo stesso tenore di vita per 3 anni e 8 mesi, l'importo ideale per la copertura caso morte è pari a circa 230.000 euro.

		Durata
Reddito desiderato per la famiglia in caso di premorienza	24.000 €/anno	20 anni
Pensione indiretta pubblica	10.190 €/anno	
Gap Reddituale	13.810 €/anno	
TFR netto	49.532 €	
IMPORTO COPERTURA CASO MORTE	230.000 €	

Somma da assicurare per colmare gap protezione



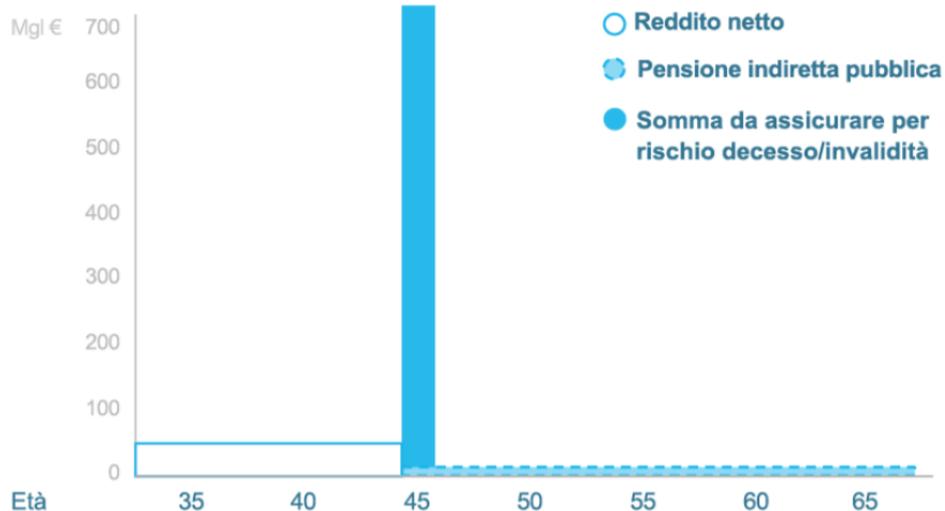
Esempio 2

Dipendente privato (dirigente del commercio) di 45 anni coniugato, con figlio a carico nato nel 2010. Reddito netto da lavoro annuo pari a 48.000 euro.

In caso di premorienza del soggetto la pensione pubblica indiretta risulta pari a 9.105 euro annui, nell'ipotesi che i contributi siano stati versati per 12 anni; in assenza di redditi netti da altre fonti il gap reddituale è pari a 38.895 euro annui. Ipotizzando di voler garantire lo stesso tenore di vita per la famiglia nei prossimi 20 anni (durata stimata per mantenere il figlio per tutto il corso degli studi) e di smontare il TFR maturato che consentirà alla famiglia di mantenere lo stesso tenore di vita per 15 mesi, l'importo ideale per la copertura caso morte è pari a circa 730.000 euro.

		Durata
Reddito desiderato per la famiglia in caso di premorienza	48.000 €/anno	20 anni
Pensione indiretta pubblica	9.105 €/anno	
Gap Reddituale	38.895 €/anno	
TFR netto	45.424 €	
IMPORTO COPERTURA CASO MORTE	730.000 €	

Somma da assicurare per colmare gap protezione



6. Il confronto internazionale

I grandi rischi biometrici, come decesso, invalidità permanente e perdita dell'autosufficienza sono fattori di grande fragilità per l'equilibrio familiare. Una famiglia, specie se composta da coppie giovani con figli a carico, dipende in maniera cruciale dalla capacità di produrre reddito dei suoi componenti. Qualora questa capacità venisse compromessa o addirittura annullata a causa di tali eventi, il sostegno attuale e prospettico della famiglia ne risentirebbe in maniera drammatica, con conseguenze permanenti e forti condizionamenti anche sul futuro dei figli.

La grande novità di questa pubblicazione rispetto all'edizione dello scorso anno è data dalla comparazione tra i sistemi di tutela nazionale e quelli presenti negli altri Paesi europei. In questa pubblicazione pubblichiamo un'analisi effettuata da Prometeia in esclusiva per ElipsLife con l'intento di farne la base di un confronto su quel che si può fare per migliorare la situazione in Italia.

I risultati della comparazione

I principali sistemi di welfare attivati a livello internazionale offrono tutele per queste tipologie di rischi molto diversificate nel livello e nella forma. In generale i sistemi pubblici di primo pilastro, finanziati a ripartizione e strutturati per commisurare le prestazioni alla storia contributiva del soggetto, non sono in grado di offrire una adeguata copertura per tali gravi tipologie di rischio, specie per quanto concerne le fasce più giovani di lavoratori. La tutela complessiva offerta dal sistema di welfare può essere considerata sufficiente solo dove alla componente pubblica di primo pilastro si affianca, in maniera obbligatoria o comunque molto diffusa, una componente integrativa di natura privata di secondo pilastro, nei casi più virtuosi caratterizzata da prestazioni specifiche non legate ai contributi versati ma all'esistenza di vere e proprie garanzie di matrice assicurativa, le sole in grado di fornire un sostegno adeguato ai lavoratori più giovani e, in quanto tali, potenzialmente più fragili.

La tabella seguente e quelle in appendice riportano un confronto dei livelli di copertura offerti dai sistemi di welfare attivi in Spagna, Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, Francia, Svizzera e Italia sulla base di una situazione tipica rappresentata da un soggetto di 40 anni, con moglie e figlio a carico, un reddito annuo lordo di 50 mila euro e 10 anni di contribuzione che venga colpito da un grave evento che ne comprometta la capacità reddituale.

Ritardo da colmare

Dal confronto internazionale emerge che le garanzie offerte dal nostro sistema pubblico di primo pilastro in caso di gravi eventi biometrici sono modeste ma sostanzialmente in linea con quelle offerte dagli altri Paesi analizzati: vale relativamente alla prestazione per premorienza, come per quella legata all'invalidità permanente e agli infortuni sul lavoro e le categorie professionali.

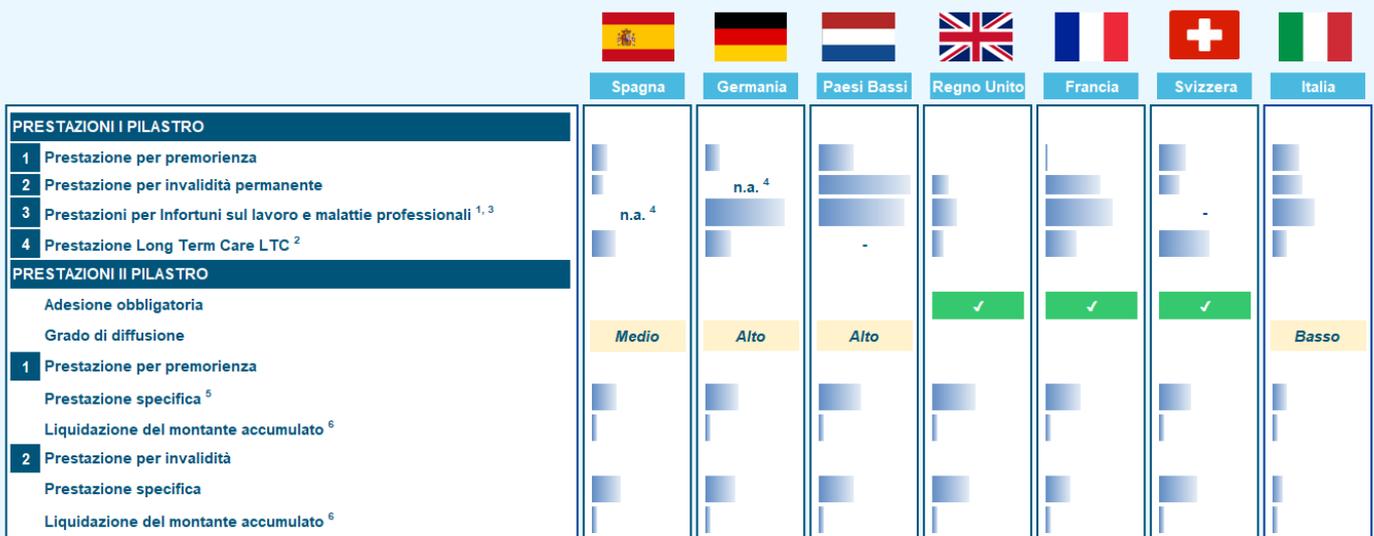
Lo scenario cambia quando si passa alla comparazione relativa al secondo pilastro, che per l'Italia non è obbligatoria, al pari di Spagna, Germania e Paesi Bassi, tre Paesi in cui comunque la diffusione è ben più ampia rispetto al nostro mercato. Mentre l'obbligo c'è in Gran Bretagna, Francia e Svizzera. La Penisola è, inoltre, fanalino di coda in merito alla prestazione specifica nell'ipotesi premorienza e la medesima dinamica si ripropone in caso di invalidità grave.

Complessivamente la scopertura che rischiano di avere i lavoratori italiani, specie se giovani, è maggiore, con la sola parziale eccezione della Spagna, a causa dei ridotti tassi di adesione alla previdenza complementare e della scarsa diffusione, nelle nostre forme integrative, di specifiche coperture di natura assicurativa.

Use case esemplificativo per stima del calcolo gap di protezione

Dipendente privato di 40 anni, con moglie e figlio a carico e 15 anni di contribuzione versati con una dinamica media, che ha diritto alle seguenti prestazioni previdenziali nel caso in cui si verifichi l'evento specificato a copertura del proprio reddito.

Reddito annuo da lavoro lordo pari a 50.000 €.



Legenda:

 % di copertura rispetto al reddito

¹ Per la Svizzera le prestazioni per Infortuni sul lavoro e malattie professionali vengono gestite all'interno del II Pilastro della Previdenza Professionale

² Vengono considerati solo le prestazioni di natura monetaria

³ Il dato riportato nei Paesi Bassi è valido solo per i primi 2 anni dall'accadimento dell'evento

⁴ Non disponibile

⁵ Per il Regno Unito prevista una prestazione una tantum pari a 3 volte la retribuzione annua percepita

⁶ Stimato ipotizzando una % di accumulo pari al 10% annuo per 15 anni, da ripartire per i successivi 30 anni di lavoro

Il confronto con i Paesi Bassi

I Paesi Bassi costituiscono un benchmark importante per il nostro Paese grazie alla capacità mostrata negli anni di adeguare il sistema di protezioni all'evoluzione del contesto socio-economico. *La scheda di sintesi è riportata nell'appendice 1.*

Nei Paesi Bassi lo Stato ha l'obbligo di fornire alla persona solo una prestazione di base. Il sistema di previdenza sociale di primo pilastro olandese prevede misure in cinque direzioni: malattia e maternità; assicurazione di invalidità; pensioni di quiescenza (o vecchiaia); prestazioni per i superstiti e infine disoccupazione. Non esiste, invece, un regime speciale di assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ma vengono applicate le stesse norme e regole previste per le prestazioni di malattia ed invalidità. All'interno dello schema pubblico vi rientrano tutti i lavoratori sia subordinati, che autonomi, anche se quest'ultimi rimangono esclusi da alcune misure come le indennità per malattia o invalidità. In Italia il sistema previdenziale è di tipo universalistico e copre tutti i lavoratori che svolgono la propria attività lucrativa nel territorio italiano e che devono obbligatoriamente registrarsi al regime di assicurazione generale obbligatoria. Il sistema previdenziale italiano prevede, per i suoi iscritti, prestazioni di quiescenza, invalidità, ai superstiti, per infortuni o malattie professionali, per malattia e infine per disoccupazione e maternità. Il sistema nazionale annovera anche delle prestazioni di sostegno al reddito, soggette ad accertamento reddituale, e prestazioni di assistenza a lungo termine a famiglie e persone in condizioni di necessità, in relazione all'età, al basso reddito o all'invalidità fisica.

Ben più evidenti sono le differenze per le prestazioni Long Term Care. I Paesi Bassi sono stati il primo paese al mondo ad aver istituito una copertura di questo tipo, già nel 1968, con cui si coprivano le spese straordinarie di malattia e i rischi legati alle cure per persone ricoverate in ospedale da lungo periodo. Nel 2015 la copertura è stata profondamente riformata e il governo ha varato una nuova legge il Long Term Care Act, che copre tutti i residenti e non che lavorano nel territorio dello Stato (quindi ad adesione obbligatoria) e in particolar modo tutti le persone che presentano gravi disabilità, malattie croniche o che sono più vulnerabili come gli anziani e che necessitano di assistenza 24 ore su 24. L'assistenza può essere fornita a casa oppure in un istituto.

Mentre in Italia il sistema sociale prevede coperture per chi ne fa richiesta, in particolare sono previsti due tipi di prestazioni: in natura, assistenza sanitaria e cure a lungo termine, domiciliari o residenziali, agevolazioni e così via; monetarie, sotto forma di indennità. Per poter usufruire di queste prestazioni il soggetto deve essere: invalido civile, cieco e sordomuto. Le prestazioni economiche vengono riconosciute soltanto nei casi di invalidità più grave (dal 74% al 100%) mentre per gradi inferiori sono previste solo misure di assistenza come ad esempio agevolazioni fiscali o sanitarie.

7. Conclusioni

Dalla pubblicazione si ricava la consapevolezza che ad oggi il primo pilastro non è sufficiente alla protezione dall'impatto finanziario di eventi severi quali decesso e invalidità permanente. Il quadro non sembra destinato a migliorare, dal momento che le entrate sono inferiori alle spese e che sarà sempre più difficile finanziare il welfare state in Italia.

L'assicurazione relativa agli eventi gravi dovrebbe essere un diritto di tutti e dovrebbe essere garantita nel modo più efficiente possibile. L'individuo non può essere lasciato solo nella scelta e nell'acquisto. Le polizze individuali sono meno efficienti, visto anche i maggiori costi di prodotto e di distribuzione. Le polizze di gruppo (come la TCM stand-alone) sfruttano invece una platea di assicurati più ampia, con costi inferiori e risultano quindi più accessibili.

Per i dipendenti, il II pilastro è un importantissimo strumento di protezione e di welfare. Le rappresentanze sindacali svolgono un ruolo fondamentale nella definizione e nell'applicazione dei contratti collettivi nazionali e dei contratti integrativi aziendali.

Nel caso in cui l'azienda non sia un "Large Corporate", i Fondi e le Casse assistenziali possono ricoprire l'importantissima funzione di "gruppo di acquisto" per le PMI e di contrattazione delle polizze assicurative.

I datori di lavoro dovrebbero essere sensibili a queste forme di welfare: concedere e sviluppare le coperture assicurative da CCNL/Cia non solo è un grosso segno di attenzione e di cura per i propri dipendenti, ma garantisce un sensibile risparmio, se confrontate con le polizze individuali che i dipendenti dovrebbero pagarsi in modo autonomo. Nel caso in cui le coperture siano in essere, il datore di lavoro dovrebbe ricordarne l'importanza con regolarità, anche a beneficio di un maggiore senso di affiliazione del dipendente nei confronti dell'azienda.

L'auspicio è che queste coperture (in particolare Caso Decesso e Invalidità Totale Permanente da tutte cause) siano estese a tutte le categorie di dipendenti, i quali sono ancor più esposti dei dirigenti alla fragilità finanziaria qualora si verificassero eventi severi.

Per i professionisti, che non hanno coperture di II pilastro, sono le Casse di previdenza, in teoria, a costituire un fondamentale strumento di protezione e di welfare.

Si auspica una maggiore sensibilizzazione delle Casse di Previdenza per l'attivazione di coperture rischio decesso, invalidità permanente, inabilità temporanea (da tutte cause), magari svolgendo, come i Fondi e le Casse assistenziali per i dipendenti, la funzione di "gruppo di acquisto" per gli affiliati nella contrattazione delle polizze assicurative. In questo modo si garantirebbe un forte risparmio anche per quei professionisti che intendono attivare o hanno già

attivato polizze individuali a costi molto maggiori.

Per i lavoratori indipendenti non iscritti a Casse di Previdenza suggeriamo l'affiliazione a enti, associazioni, mutue, che possano svolgere il ruolo di gruppo di acquisto abbassando così i costi e semplificando le modalità di accesso a coperture collettive per i rischi biometrici in forma obbligatoria o facoltativa attraverso i contributi all'ente. Visti i bassi redditi, e in alcuni casi la precarietà dei contratti, questa categoria (e le rispettive famiglie) è la più fragile e la più esposta alle conseguenze finanziarie dei rischi biometrici: per questo suggeriamo l'attivazione di coperture decesso, invalidità permanente, inabilità temporanea (da tutte le cause).

Dal confronto internazionale pubblicato nel capitolo due di questo studio emerge chiaramente quanto in Italia, rispetto agli altri Paesi europei, sia limitato il ristoro alle famiglie in caso di premorienza. Riflettendo anche su quanto accaduto nel corso del 2020, con lo scoppio della pandemia da Coronavirus. Tra i fondi potrebbe aprirsi una riflessione sulla possibilità di dirottare una piccola parte dei contributi dalla fase di accumulo a quella assicurativa. Una scelta in questa direzione aiuterebbe a ridurre le diseguaglianze educative, dato che allo stato attuale i figli colpiti da eventi gravi in ambito familiare hanno meno possibilità di istruzione rispetto a quelli non colpiti. In definitiva si tratterebbe di rinunciare a una piccola parte di rendimento per alzare la soglia delle tutele a vantaggio degli iscritti.

Il nostro auspicio è che questa e le altre riflessioni presenti in questa pubblicazione possano aiutare il sistema di protezione delle persone a evolvere per rispondere a vecchie e nuove domande di tutela.

Appendice 1

Scheda Paese Paesi Bassi - Approfondimento I e II pilastro (caratteristiche, requisiti e prestazioni)

I PILASTRO	Descrizione
<i>Caratteristiche generali</i>	<p>La previdenza pubblica nei Paesi Bassi presenta un'impostazione molto simile a quella inglese (<i>universalistica</i>) in quanto lo stato ha l'obbligo di fornire alla persona solo una prestazione di base.</p> <p>Il sistema di previdenza sociale olandese prevede le seguenti misure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattia e maternità • Assicurazione di invalidità. • Pensioni di quiescenza (o vecchiaia) • Prestazioni per i superstiti • Disoccupazione <p>Non esiste, invece, un regime speciale di assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ma vengono applicate le stesse norme e regole previste per le prestazioni di malattia ed invalidità. All'interno dello schema pubblico vi rientrano tutti i lavoratori sia subordinati che autonomi anche se quest'ultimi rimangono esclusi da alcune misure come le indennità per malattia o invalidità. Sin dal primo giorno di lavoro l'individuo è coperto automaticamente in tutti i settori elencati sopra ad eccezione dell'assicurazione per malattia per la quale è tenuto a sottoscrivere una polizza assicurativa privata con una compagnia di assicurazione.</p>
<i>Organizzazione</i>	<p>Il sistema sociale è gestito congiuntamente dal Ministero degli Affari sociali e del lavoro (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) e dal Ministero della Salute del welfare e dello sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Tuttavia esiste una differenza tra l'assicurazione nazionale da un lato, che copre l'intera popolazione, e l'assicurazione per i lavoratori subordinati dall'altro, che copre solo questa categoria di lavoratori.</p> <p>I sistemi di assicurazione nazionale prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>L'assicurazione di vecchiaia,</i> • <i>Prestazioni ai superstiti,</i> • <i>Cure mediche,</i> • <i>Assicurazione per spese straordinarie di malattia,</i> • <i>Prestazioni familiari.</i> <p>I sistemi di assicurazione per i lavoratori subordinati prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>L'assicurazione per l'indennità di malattia,</i> • <i>L'assicurazione di invalidità,</i> • <i>L'assicurazione contro la disoccupazione,</i> <p>Eccetto l'assicurazione per spese di malattia e quelle legate a cure mediche, i regimi nazionali di assicurazione sono attuati dalla Banca delle assicurazioni sociali (Sociale Verzekeringsbank, SVB). L'Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen UWV) copre il servizio di pubblico impiego e la disabilità a lungo termine. Il Ministero degli affari sociali e del lavoro (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid SZW) a sua volta controlla sia l'UWV e che la SVB.</p>
<i>Finanziamento</i>	<p>Il sistema è finanziato dai contributi che vengono versati sia dai lavoratori che dai datori di lavoro e dalla fiscalità generale ed è gestito a <i>ripartizione</i>. Gli autonomi dovranno versare i contributi (in relazione al reddito percepito) in prima persona.</p>

TIPI DI PRESTAZIONE	Descrizione
<i>Prestazione di quiescenza</i>	Chi vive o lavora nei Paesi Bassi è assicurato obbligatoriamente all' assicurazione generale di vecchiaia o di quiescenza (Algemene Ouderdomswet, AOW) .
<i>Requisiti</i>	In generale tutti, uomini e donne, nati successivamente al 31/12/1958, hanno diritto alla pensione di vecchiaia al compimento del 67° anno di età anche se questo requisito sarà destinato ad aumentare in futuro visto che a partire dal 2020 sarà collegata direttamente con l'aspettativa di vita.
<i>Importi erogati</i>	In genere è di importo fisso pari a 1.270 € mensili. L'importo come detto è fisso ma varia a seconda della storia contributiva di ogni soggetto e viene adeguato in base all'andamento del salario minimo due volte all'anno con

	<p>importi differenti se il soggetto è sposato (50% del salario minimo) o nubile (70% del salario minimo). L'indennità infatti viene decurtata del 2% per ogni anno in cui il lavoratore non era assicurato. Per ogni anno di residenza o di lavoro nei Paesi Bassi il lavoratore matura il 2% della pensione piena. Le pensioni vengono corrisposte mensilmente.</p>
Prestazione per premorienza	<p>Tutte le persone che sono iscritte al sistema di previdenza possono beneficiare delle prestazioni in favore dei superstiti. L'assicurazione in favore dei superstiti è disciplinata dalla legge sull'assicurazione per i superstiti a carico (<i>Algemene Nabestaandenwet, ANW</i>) e comprende vari tipi di prestazioni (pensione di reversibilità, pensione per gli orfani di uno o entrambi i genitori).</p>
Requisiti	<p>Il partner superstite di un soggetto aderente al sistema di previdenza nazionale, ha diritto alla pensione di reversibilità nel caso in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abbia un <i>figlio minore di 18 anni</i> o sia in attesa di un figlio, • <i>Non sia in grado di lavorare</i> (incapacità di guadagnare il 45% di una normale retribuzione attraverso un'occupazione confacente). <p>Il diritto alla pensione di reversibilità cessa quando il partner superstite non abbia più figli a carico, si risposa, non si trova più in stato di invalidità o al momento del compimento dei 65 anni di età quando matura i requisiti per il ricevimento della pensione ordinaria di vecchiaia.</p> <p>Per quanto concerne invece la pensione agli orfani abbiamo:</p> <p>Pensione di reversibilità agli orfani di un solo genitore Questa indennità spetta al genitore dell'orfano e può essere erogata fino a quando quest'ultimo compirà 18 anni.</p> <p>Pensione di reversibilità agli orfani di entrambi i genitori Questa prestazione viene erogata agli orfani di entrambi i genitori fino ad un massimo di 21 anni.</p>
Importi erogati	<p>Pensione di reversibilità al partner superstite L'importo della pensione ai superstiti ammonta al massimo al 70% della retribuzione minima (l'importo max è pari a 1261,33 € lordi) e dipende dal reddito del superstite.</p> <p>Pensione di reversibilità agli orfani L'importo della <i>pensione agli orfani di un solo genitore</i> ammonta solitamente al 20% dello stipendio minimo e non dipende dal reddito mentre nell'altro caso l'ammontare dipende dalla fascia di età (fino ai 9 anni, 415,45 €, dai 10 ai 15 anni 614,48 € e infine dai 16 ai 20 anni 813,51 €) dei beneficiari e a seconda della variazione della retribuzione minima.</p>
Prestazione per invalidità	<p>Il sistema olandese prevede una pensione di invalidità per tutti i suoi iscritti. Un lavoratore è considerato totalmente o parzialmente inabile al lavoro, a seguito di malattia o infermità, se è impossibilitato a percepire la medesima retribuzione normalmente corrisposta a lavoratori sani con identica formazione e competenze, e che svolgono le stesse attività nello stesso luogo. La principale legge sul lavoro e il reddito in base alla capacità lavorativa è la "<i>Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, o WIA</i>" e si suddivide in due parti a seconda che l'invalidità sia parziale o totale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invalidità parziale, "Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA" che a sua volta si suddivide in tre tipi di prestazioni a seconda della capacità lavorativa residua del soggetto: <ul style="list-style-type: none"> - Indennità legata al salario percepito (Loongerelateerde uitkering, LGU) - Indennità di supplemento al salario (Loonaanvullingsuitkering, LAU) - Indennità di follow-up (Vervolguitering, VVU) • Invalidità totale, "Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA" <p>Il sistema <i>non fa nessuna distinzione per quanto concerne la causa dell'inabilità</i> (malattia o infortunio sul lavoro). I lavoratori autonomi diventati inabili al lavoro non sono coperti da tali prestazioni e devono provvedere personalmente alla sottoscrizione di un'assicurazione contro il rischio di invalidità. La valutazione e la certificazione del grado di gravità dell'invalidità del soggetto viene effettuata da un medico competente.</p>
Requisiti	<p>Come detto il sistema non fa alcun tipo di distinzione riguardo la causa dell'inabilità ma per ricevere qualsiasi tipo di prestazione è necessario avere un grado di invalidità pari ad un <i>minimo del 35% certificato</i> da un medico competente. L'istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati UWV è l'organo incaricato che dovrà determinare e poi certificare la misura di incapacità lavorativa dell'individuo. In caso di inabilità al lavoro, il datore di lavoro pagherà almeno il 70% delle retribuzioni fino ad un massimo di 104 settimane (circa 2 anni). Al termine del periodo se l'invalidità persiste e a causa di questa il soggetto può guadagnare solo il 65% del suo precedente stipendio allora egli potrà fare richiesta per la pensione di invalidità prevista dalla legge WIA.</p> <p>Invalidità parziale WGA Per quanto riguarda la WGA che si applica alle persone con invalidità parziale (<i>almeno il 35%</i>), l'obiettivo perseguito non è tanto la protezione del reddito ma la possibilità di riabilitazione del soggetto stesso in modo che possa tornare al più presto ad essere attivo. Infatti essa invita sia il lavoratore subordinato che il datore di lavoro a favorire la riabilitazione del lavoratore dipendente.</p> <p>Invalidità totale IVA I soggetti per poter ricevere questo tipo di prestazione devono avere un grado di inabilità molto elevato almeno pari all'80%.</p>

<i>Importi erogati</i>	<p>Invalità parziale WGA Indennità legata al salario percepito (LGU) Questa misura, può essere erogata se il soggetto ha lavorato almeno 26 settimane delle ultime 36 prima di diventare inabile (in caso contrario riceverà gli altri due tipi di indennità). La prestazione si basa sulla retribuzione percepita dal lavoratore e l'importo è pari nei primi 2 mesi al 75% della retribuzione WIA (ultima retribuzione annuale ponderata per il numero medio dei giorni lavorati e di malattia) e dal 3° mese in poi si applica il 70%. Nel caso in cui il soggetto riesca a lavorare l'indennità verrà ridotta. La durata dell'erogazione dipende dal numero di anni lavorati ma viene versata per un minimo di 3 mesi fino ad un massimo di 24.</p> <p>Indennità di supplemento al salario (LAU) Questa misura è destinata a tutti coloro che riescono a lavorare e a percepire almeno la metà dell'ultima retribuzione mensile pre-invalità. L'importo è variabile a seconda del miglioramento o peggioramento delle condizioni (UWV farà controlli mensili) ma in generale se la capacità lavorativa residua è tra il 50% e il 100%, l'importo è pari al 70% della retribuzione WIA meno il 70% della retribuzione da lavoro che il soggetto potrebbe guadagnare secondo la valutazione medica. La durata dell'erogazione è variabile e dipende dalle future condizioni del soggetto. In ogni caso l'erogazione della prestazione termina al raggiungimento dell'età pensionabile.</p> <p>Indennità di follow-up (VVU) L'importo di questa misura dipende dalla percentuale di incapacità lavorativa del soggetto a cui corrisponde una percentuale del salario minimo che costituisce la prestazione da erogare. - Dal 35% al 45%, l'importo della prestazione è pari al 28% del salario minimo. - Dal 45% al 55%, l'importo della prestazione è pari al 35% del salario minimo. - Dal 55% al 65%, l'importo della prestazione è pari al 42% del salario minimo. - Dal 65% al 80%, l'importo della prestazione è pari al 50,75% del salario minimo. Anche per questa misura la durata dell'erogazione è variabile a seconda delle future condizioni del soggetto. In ogni caso l'erogazione della prestazione termina al raggiungimento dell'età pensionabile.</p> <p>Invalità totale IVA Per quanto riguarda le persone totalmente invalide l'importo della prestazione IVA è pari al 75% della retribuzione WIA (ultima retribuzione annuale ponderata per il numero medio dei giorni lavorati e di malattia) fino ad una max di € 214,28 giornalieri.</p>
Prestazioni per Infortuni sul lavoro e malattie professionali	<p>Nei Paesi Bassi non esistono piani diversi per gli infortuni sul lavoro o le malattie professionali ma vengono applicate le <i>stesse norme previste per malattia ed invalidità</i>. Quindi al lavoratore che ha subito un infortunio sul lavoro oppure ha avuto una malattia professionale con conseguente riduzione della capacità lavorativa si applicano le stesse norme che disciplinano le <i>prestazioni di malattia per i primi due anni</i>. Solo <i>successivamente</i> e in caso di persistenza dello stato, potrà richiedere una <i>prestazione per invalidità</i>. Analogamente alle prestazioni di malattia gli autonomi dovranno stipulare privatamente delle assicurazioni contro tali rischi.</p>
<i>Requisiti</i>	<p>L'unico requisito per avere diritto al ricevimento delle prestazioni previste è quello di notificare al proprio datore di lavoro l'infortunio o la malattia, con elevata tempestività, entro e non oltre i 2 giorni.</p>
<i>Importi erogati</i>	<p>L'importo della prestazione che il lavoratore ha diritto è pari al 70% dello stipendio lordo per i primi 2 anni e fino ad un massimo e non oltre a 214,28 € (giornalieri). Poi se la condizione di incapacità lavorativa dovesse persistere egli avrà diritto alle prestazioni di invalidità.</p>
Prestazione Long Term Care LTC	<p>I Paesi Bassi sono stati il primo paese al mondo ad aver istituito una copertura del tipo Long Term Care con la legge <i>Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ</i>, del 1968 con cui si coprivano le spese straordinarie di malattia e i rischi legati alle cure per persone ricoverate in ospedale da lungo periodo. Nel 2015 la copertura è stata profondamente riformata e il governo ha varato una nuova legge il Long Term Care Act (Wet Langdurige Zorg, WLZ).</p>
<i>Requisiti</i>	<p>Questa prestazione copre tutti i residenti e non, che lavorano nei Paesi Bassi (quindi ad adesione obbligatoria) e in particolar modo tutti le persone che presentano gravi disabilità, malattie croniche o che sono più vulnerabili come gli anziani e che necessitano di assistenza 24 ore su 24. L'assistenza può essere fornita a casa oppure in un istituto. Per ricevere l'assistenza a lungo termine è necessaria una certificazione da parte del centro di valutazione assistenza (<i>Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ</i>) ha il compito di stabilire in modo imparziale ed oggettivo se vi è la necessità che il soggetto riceva una cura o meno e, in caso affermativo, il tipo e la quantità da erogare per cinque anni.</p>
<i>Importi</i>	<p>Le misure prevedono un ventaglio molto ampio di prestazioni in natura come l'assistenza personale, servizi infermieristici, l'alloggio in una casa di cura, trasporti ecc... Eccezione a quanto detto sopra è rappresentata per tutti i ragazzi e bambini minori di 18 anni che necessitano di assistenza e che può essere erogata in due modi: • Fornitura di servizi assistenziali a contratto, in cui è il fornitore che decide come erogare l'assistenza</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Budget per la cura personale (Persoonsgebonden, PGB), in cui i genitori si occupano di decidere come erogare l'assistenza.
II PILASTRO	Descrizione
Caratteristiche generali	<p>Il secondo pilastro è di natura privata, costituito dai regimi pensionistici collettivi di natura occupazionale gestiti prevalentemente da casse pensionistiche (legalmente separate dalla società) oppure da compagnie di assicurazione (per le società più piccole). L'adesione per legge è ancora volontaria anche se in realtà "obbligatoria" dato che copre la quasi totalità della forza lavoro. È previsto o istituito a livello di contrattazione di lavoro, con finalità integrative – mai sostitutive – delle prestazioni pubbliche. Infatti la pensione pubblica di base viene considerata ai fini del calcolo della prestazione pensionistica futura che sarà erogata da parte degli schemi di secondo pilastro (<i>denominata AOW franchise</i>).</p> <p>Vi sono quattro tipologie di fondi pensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondi pensione aziendale (di solito solo per le grandi aziende). • Fondi pensione a livello settoriale. • Fondi pensione offerti da compagnie di assicurazione (di solito vi aderiscono le piccole imprese) • Fondi pensione per professionisti indipendenti come specialisti medici e dentisti. <p>Il <i>finanziamento</i> a questi schemi è rappresentato dai contributi versati sia dal datore di lavoro che dal lavoratore e dai rendimenti finanziari ottenuti dagli investimenti.</p> <p>Questi schemi possono essere di tre tipologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A prestazione definita, in cui viene stabilito a priori il futuro importo della prestazione in base al numero di anni lavorati e alle retribuzioni percepite. • A contribuzione definita, in cui viene stabilito solo l'ammontare dei contributi da versare al fondo che determineranno l'importo della pensione. Pertanto il rischio di non adeguatezza delle prestazioni è in capo al lavoratore. • Ibridi (mix delle due precedenti) <p>I primi sono gli schemi più diffusi anche se negli ultimi anni a causa del progressivo allungamento del periodo di quiescenza e dei bassi rendimenti ottenibili sui mercati finanziari rendono sempre più difficile poter garantire le prestazioni promesse e quindi si sta assistendo ad uno spostamento verso i fondi a contribuzione definita. Infine le società più piccole che per via delle loro dimensioni non possono istituire un fondo pensione proprio, possono stipulare piani pensionistici, sia individuali che collettivi, con compagnie di assicurazione. Questi piani possono coprire anche rischi biometrici come ad esempio morte ed invalidità.</p> <p>I fondi pensione sono principalmente sottoposti alla vigilanza di due organismi che sono: la Banca Centrale Olandese (<i>De Nederlandsche Bank DNB</i>) e l'autorità olandese per i mercati finanziari (<i>Autoriteit Financiële Markten AFM</i>). La prima si occupa della vigilanza per quanto riguarda la gestione finanziaria degli asset dello schema attraverso l'emanazione di tutta una serie di norme raccolte in un framework chiamato "<i>Financieel Toetsingskader</i>" mentre la seconda la trasparenza delle informazioni verso gli iscritti del fondo.</p>
Finanziamento	Il finanziamento a tali schemi di secondo pilastro è a carico sia del datore di lavoro che del lavoratore .
Prestazioni Erogate	<p>Le principali prestazioni supplementari (volontarie, anche se in realtà obbligatorie dato che tutti i fondi pensione le prevedono) offerte dai fondi pensione olandesi sono quelle che coprono contro il rischio di invalidità e di premorienza del lavoratore.</p> <p>Invalidità</p> <p>Per tutti i lavoratori che diventano parzialmente o totalmente invalidi viene riconosciuta una prestazione erogata dal fondo stesso cumulabile con quella pubblica e uno sgravio dall'onere contributivo. La prestazione viene pagata dopo un anno che il lavoratore è diventato invalido. Inoltre attualmente il Governo sta varando delle leggi che a partire dal 2022 estenderanno e renderanno obbligatoria la copertura anche per i lavoratori autonomi in modo da proteggerli dalle conseguenze dell'incapacità al lavoro.</p> <p>Premorienza</p> <p>Generalmente la maggior parte dei fondi pensione nei Paesi Bassi offre coperture contro il rischio di premorienza sia verso il coniuge, gli orfani superstiti o in mancanza ai familiari diretti. Inoltre chi decide di aderire alla previdenza di 2° pilastro è obbligato per legge a stipulare un contratto di assicurazione contro il rischio di premorienza (<i>Partner Protection Insurance</i>) in favore del coniuge o dei figli (se presenti), con una compagnia di assicurazione.</p> <p>Ad esempio prendendo in esame il fondo pensione di una delle più grandi società nei Paesi Bassi, <i>Shell</i> si possono riscontrare le due coperture citate.</p> <p>Per la prestazione di premorienza viene erogata un'indennità al coniuge superstite che è pari al 70% della pensione di quiescenza che il lavoratore riceverebbe al momento del pensionamento. Questa prestazione è prevista anche nel caso di divorzio seppur fino alla parte dell'indennità maturata ante separazione. Allo stesso modo è anche prevista una pensione per i figli rimasti orfani e la prestazione che verrà erogata sarà pari al 14% dell'indennità elargita al coniuge superstite, fino al compimento dei 18 anni o dei 24 anni se studiano.</p> <p>Nel caso in cui il lavoratore diventi invalido e sia incapace di lavorare per più di due anni il fondo si farà</p>

carico del versamento della restante contribuzione fino alla data di maturazione dell'indennità di vecchiaia ed erogherà una prestazione variabile a seconda del grado di invalidità. Infatti a seconda del grado di invalidità sarà associato un fattore percentuale che determinerà il livello della prestazione erogata. I gradi e i fattori percentuali sono:

- Dallo 0% a 35% di invalidità, non verrà erogata nessuna prestazione
- Dal 35% al 45% di invalidità, un fattore pari al **40%**
- Dal 45% al 55% di invalidità, un fattore pari al **50%**
- Dal 55% al 65% di invalidità, un fattore pari al **60%**
- Dal 65% al 80% di invalidità, un fattore pari al **72,5%**
- Dal 80% al 100% di invalidità, un fattore pari al **100%**

Appendice 2

Autori

elipsLife

elipsLife, 100% controllata dal gruppo Swiss Re, è una società di assicurazione sulla vita orientata alla clientela aziendale (B2B). La società offre prodotti assicurativi contro le conseguenze finanziarie di malattie ed infortuni, in particolare prodotti legati alla previdenza professionale e privata per decesso e invalidità.

elipsLife ha localizzato la propria sede in Liechtenstein (Vaduz), per consentire l'accesso sia ai mercati EEA (tra cui l'Italia) sia al mercato Svizzero. La società è vigilata dalla Financial Market Authority del Liechtenstein e, per quanto concerne l'attività esercitata in territorio italiano, dall'IVASS. Oltre alla sede centrale di Vaduz, elipsLife dispone di succursali in Europa a Milano, Zurigo, Amsterdam, Colonia e Dublino.

Il modello di business è focalizzato sulla clientela aziendale (B2B): la società si rivolge in particolare a fondi e casse assistenziali, fondazioni, associazioni e imprese, proponendo soluzioni globali efficienti.

Per informazioni:

contatto.it@elipslife.com

Prometeia

Collaborazione scientifica

Prometeia è un'azienda di consulenza, software e ricerca economica, con oltre 800 professionisti in 5 Paesi nel mondo. Nata nel 1974 dall'idea di un gruppo di giovani professori universitari bolognesi come Associazione per le Previsioni Econometriche, nel 1981 si sviluppa per offrire servizi di analisi alle imprese e agli intermediari finanziari.

A partire dagli anni '90 l'attività di Prometeia si posiziona sempre più verso l'integrazione di ricerca, analisi, consulenza ed elaborazione di sistemi software. Un'offerta unica che l'ha resa leader in Italia nelle soluzioni per il Risk e il Wealth Management e nel Financial Advisory per gli investitori istituzionali. Il modello Prometeia è reso esclusivo dalla ricerca economica proprietaria.

Prometeia collabora con i suoi clienti, banche, assicurazioni, investitori istituzionali, imprese ed enti pubblici, per aiutarli a raggiungere le migliori performance. Oltre a operare dagli uffici italiani di Bologna, Milano e Roma, è presente anche a Mosca, Istanbul, Il Cairo e Londra ed è operativa in Europa Orientale, in Medio Oriente e in Africa.

Prometeia sviluppa soluzioni a supporto dell'attività di consulenza in ambito Protezione e Previdenza da parte degli intermediari assicurativi e bancassicurativi. Tali soluzioni, ampiamente personalizzabili in termini di layout, funzionalità e livello di integrazione con i sistemi anagrafici e di emissione interni, seguono un percorso che coniuga le esigenze di sensibilizzazione della clientela verso le diverse tipologie di rischio, attraverso in particolare del bisogno di protezione, con le necessità di verifica dell'adeguatezza delle soluzioni proposte rispetto a caratteristiche e bisogni del singolo cliente, come imposto dalle nuove disposizioni normative in tema di intermediazione (IDD).

Per informazioni:

italy@prometeia.com

Importanti avvertenze legali

© 2020 Elips Life Ltd. Tutti i diritti riservati. È vietato modificare questo documento, creare delle copie o altre opere da essa derivate o utilizzarlo in qualsiasi modo per scopi commerciali o pubblici senza previa autorizzazione scritta della Elips Life Ltd. Sebbene le informazioni utilizzate in questa presentazione provengano da fonti affidabili, Elips Life Ltd non assume alcuna responsabilità in quanto la completezza e l'esattezza delle informazioni.

elipsLife

Sede secondaria Italiana,
Via San Prospero 1
20121 Milano
Italia
T +39 02 94758590
F +39 02 94758599
contatto.it@elipslife.com

www.elipslife.com

