GUIDE OPERATIVE

Studio Liguori & Fimiani

Offerta dell’assicurazione dopo un incidente

Come capire se la proposta è completa prima di accettarla

Una cifra può sembrare ragionevole e risultare incompleta perché manca una voce di danno, perché i postumi non sono ancora stabilizzati o perché la documentazione non consente una valutazione definitiva. Questa guida serve a controllare il percorso prima di firmare una quietanza o chiudere la pratica.

Aggiornata a settembre 2026

Questa guida non sostituisce la valutazione del caso concreto. È pensata per aiutare a capire quali fatti e documenti contano davvero prima di assumere decisioni difficilmente reversibili.

STUDIO LIGUORI & FIMIANI

Come usare questa guida

Leggila come una sequenza di verifiche, non come un formulario. L'obiettivo è capire **che cosa deve essere accertato, quali documenti servono e quali passaggi non vanno anticipati.**

Verifica	Perché conta
Offerta e prospetto di liquidazione	Permettono di verificare quali voci siano state effettivamente considerate.
Tutta la documentazione sanitaria, in ordine cronologico	Serve a ricostruire lesioni, terapie, guarigione e stabilizzazione.
Valutazione medico-legale, se già eseguita	Consente il confronto tra postumi riconosciuti e postumi effettivamente sostenibili.
Fatture e ricevute di spese mediche e assistenziali	Le spese non documentate sono più difficili da recuperare.
Documentazione reddituale e lavorativa, se vi è perdita economica	La perdita patrimoniale richiede prova autonoma.
CAI, verbale, fotografie e dati dei testimoni	Servono a ricostruire dinamica e responsabilità quando ancora controverse.

1. Prima domanda: il quadro clinico è davvero stabilizzato?

Per i danni alla persona la fase liquidativa non dovrebbe essere confusa con la fase di cura. Se le terapie sono ancora in corso, sono programmati interventi o la funzionalità continua a modificarsi, una valutazione definitiva dei postumi può essere prematura.

Il Codice delle assicurazioni collega il termine di 90 giorni per l'offerta relativa alle lesioni alla ricezione della documentazione completa; IVASS ricorda che, per le lesioni personali, il termine decorre dalla presentazione dell'attestazione medica di avvenuta guarigione o stabilizzazione dei postumi.

Regola pratica: prima della quantificazione definitiva, distingui sempre ciò che è già stabilizzato da ciò che è ancora in evoluzione.

2. L'offerta deve essere confrontata con tutte le componenti del danno

Il danno alla persona non coincide con il solo numero di punti di invalidità permanente. Vanno tenuti distinti almeno il periodo di inabilità temporanea, gli eventuali postumi permanenti, le spese documentate, le conseguenze patrimoniali e, quando ne ricorrono i presupposti, gli ulteriori

Per le lesioni non lievi conseguenti a circolazione stradale e responsabilità sanitaria è oggi centrale la Tabella Unica Nazionale introdotta dal d.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12 e successivamente aggiornata nei valori. Nel 2026 la Cassazione ha inoltre chiarito la rilevanza della TUN come parametro generale di valutazione anche oltre il suo ambito di applicazione diretta, fermo il potere del giudice di motivare eventuali scostamenti.

La percentuale medico-legale non è un preventivo

La percentuale descrive una menomazione; la liquidazione economica dipende anche dall'età, dal regime tabellare applicabile e dalle conseguenze concretamente documentate. Per questo non è corretto trasformare una diagnosi in una cifra senza una valutazione tecnico-giuridica coerente.

3. Controlla che l'offerta spieghi che cosa sta pagando

Una proposta leggibile consente di comprendere almeno quali voci siano state considerate e sulla base di quali presupposti. Se il conteggio non distingue danno temporaneo, permanente, spese o altre poste riconosciute, il confronto diventa poco trasparente.

Non basta confrontare il totale con una cifra trovata online: bisogna ricostruire il calcolo e verificare quali elementi siano stati esclusi o ridotti.

4. Accettare, rifiutare o non rispondere non sono la stessa cosa

L'art. 148 del Codice delle assicurazioni stabilisce che, se il danneggiato non accetta l'offerta, la somma proposta viene comunque corrisposta entro il termine previsto ed è imputata alla liquidazione definitiva. Anche il silenzio, decorso il termine indicato dalla norma, comporta il pagamento con funzione di acconto. L'accettazione, invece, richiede particolare attenzione alle dichiarazioni e alle quietanze sottoscritte.

Prima di firmare una quietanza "a saldo e stralcio" o con effetti liberatori, verifica esattamente quali diritti vengono dichiarati soddisfatti.

5. I termini dell'assicurazione non eliminano l'onere di una richiesta completa

IVASS indica, in via generale, 60 giorni per i danni a cose, ridotti a 30 in caso di CAI sottoscritto congiuntamente, e 90 giorni per i danni alla persona. Una richiesta incompleta può determinare la necessità di integrazioni e incidere sulla decorrenza dei termini.

Il primo obiettivo non è quindi "mandare qualcosa subito", ma inviare una richiesta coerente con la procedura applicabile e con la documentazione disponibile.

Segnali che richiedono una verifica prima di decidere

- L'offerta arriva mentre le cure sono ancora in corso o è previsto un nuovo intervento.
- La compagnia indica un totale senza spiegare le singole voci.
- I postumi valutati dall'assicurazione divergono sensibilmente dalla documentazione clinica.

- Viene proposta una quietanza liberatoria senza che siano stati esaminati i danni futuri o lavorativi.
- Mancano documenti sanitari importanti o vi sono vuoti temporali nel percorso di cura.

Il fascicolo minimo da preparare

- Offerta e prospetto di liquidazione
- Tutta la documentazione sanitaria, in ordine cronologico
- Valutazione medico-legale, se già eseguita
- Fatture e ricevute di spese mediche e assistenziali
- Documentazione reddituale e lavorativa, se vi è perdita economica
- CAI, verbale, fotografie e dati dei testimoni

Quando la guida non basta

Se uno dei passaggi sopra resta incerto, la questione utile non è “quanto posso ottenere?” ma **“quali elementi mancano per formulare una valutazione attendibile?”**

Lo Studio Liguori & Fimiani può esaminare la documentazione disponibile e indicare, in base al caso concreto, se siano necessari ulteriori accertamenti giuridici, medico-legali o tecnici. L’esito non è predeterminato: una valutazione seria può confermare la sostenibilità della pretesa, ridimensionarla o escluderla.

studioliguorifimiani.com

Fonti essenziali verificate

La guida è stata redatta sulla base di fonti normative, istituzionali e giurisprudenziali ufficiali consultate e ricontrollate nel settembre 2026. Gli aggiornamenti successivi possono incidere su procedure, importi e termini.

- IVASS - Cosa fare in caso di sinistro
- Codice delle assicurazioni private, art. 148 - Normattiva
- Gazzetta Ufficiale - aggiornamento TUN pubblicato il 27 dicembre 2025
- Corte di Cassazione, Sez. III, sent. n. 8630/2026

Nota editoriale

Contenuto informativo dello Studio Liguori & Fimiani. Non contiene promesse di risultato, preventivi automatici né valutazioni del singolo caso. Per le questioni medico-legali, la quantificazione presuppone l’esame della documentazione e, quando necessario, la visita diretta.