

PRIMO PIANO

Rc Auto, una causa ogni 10 sinistri

In calo, ma comunque elevati. E se si guarda al dato in termini relativi, si arriva persino a un paradossale rialzo. Stando all'ultimo bollettino statistico dell'Ivass, alla fine del 2016 le cause pendenti sui rami Rc auto e natanti, considerando ogni livello di giurisdizione civile o penale, si attestavano a quota 247.338, in calo dell'8,2% su base annua e del 18,3% rispetto al 2010: il dato risulta essere il più basso del periodo 2010-2016.

Andamento ribaltato se invece si guarda all'incidenza delle denunce sui sinistri complessivi: in questo caso la media del periodo si attesta al 9,8%, in deciso aumento rispetto al 6,5% fatto registrare fra 2007 e 2009. In pratica, una causa ogni dieci sinistri. Il dato risulta in netta crescita per tutto il periodo considerato: se nel 2010 l'incidenza si fermava al 18,16%, sei anni dopo il dato schizza al 21,43%, con una punta del 24% nel 2014.

L'importo a riserva per tutte le cause pendenti risulta pari a 6,8 miliardi di euro, coprendo il 35% della riserva complessiva dei rami Rc auto e natanti. Numeri che fanno ben comprendere perché l'Ivass definisca il fenomeno del contenzioso assicurativo "una significativa area di rischio dell'impresa danni, la cui riduzione è presupposto imprescindibile per il contenimento del fabbisogno tariffario".

Giacomo Corvi

NORMATIVA

Invitati a una trasparenza concreta

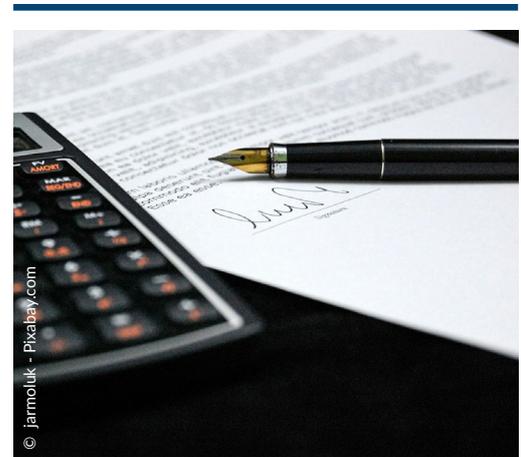
La lettera al mercato di Ivass emessa a febbraio contiene le linee guida, nate dal confronto con i consumatori, per i nuovi contratti di assicurazione, e dedica particolare attenzione alla necessità di chiarezza sul risarcimento nelle polizze infortuni/malattie

La figura del consumatore, ossia la persona fisica che conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente esercitata (cfr. art. 3 d. lgs. 26 settembre 2005, n. 256, c.d. Codice del Consumo), è posta al centro di un complesso assetto politico – normativo nazionale e comunitario, improntato alla tutela dell'utente in quanto soggetto collocato in una posizione di inferiorità in termini di potere contrattuale, "dovuta anche all'asimmetria delle informazioni possedute, che è un ostacolo alla libera negoziazione o alla libera scelta di opzioni offerte dalla controparte" (G. Alpa, *Il contratto in generale: fonti, teorie e metodi*, in Trattato di Diritto Civile e Commerciale, Giuffrè Editore, Milano, 2014).

IL TAVOLO TECNICO SULLA CHIAREZZA DELLE POLIZZE

Frequenti lamentele da parte dei consumatori assicurati riguardano la scarsa chiarezza e univocità di significato delle clausole contrattuali, da cui deriva la difficoltà a comprendere cosa sia effettivamente compreso nella copertura assicurativa e cosa, invece, ne rimanga escluso. Nell'ottobre del 2016, l'Ivass, in accordo con alcune associazioni dei consumatori, ha sollecitato le compagnie circa la necessità di un confronto con i consumatori e gli intermediari di assicurativi, necessario a individuare dei punti d'incontro riguardo alla semplificazione dei testi contrattuali delle polizze. Le principali associazioni dei consumatori e associazioni di categoria degli intermediari poste attorno a un tavolo tecnico, coordinato dall'Ania, hanno prodotto nel febbraio scorso un elaborato finale dai contenuti condivisi, che comprende le linee guida relative alla struttura e al linguaggio dei contratti, affinché siano più lineari e chiari, tanto da rendere maggiormente fluida la lettura e la comprensione del testo contrattuale per l'assicurato, il quale dovrebbe risultare in questo modo più agevolato nel capire i diritti che gli derivano dal contratto stesso, e le modalità di esercizio degli stessi.

(Continua a pag.2)



INSURANCE REVIEW su LINKEDIN

Seguici sulla pagina cliccando qui

(Continua da pag.1)

Paga degli sforzi del tavolo tecnico, l'Ivass si è schierata a favore del contenuto di tali linee guida, sottolineando la necessità che le imprese vi prestino la propria adesione, dando quanto prima attuazione alle stesse, redigendo e revisionando i contratti entro termini ben determinati: quanto ai prodotti assicurativi di nuova commercializzazione, le linee guida dovranno trovare applicazione al più tardi a partire dal 1 gennaio 2019, mentre con riferimento ai principali prodotti in commercio, le compagnie dovranno completare la revisione secondo le linee guida durante il 2019.

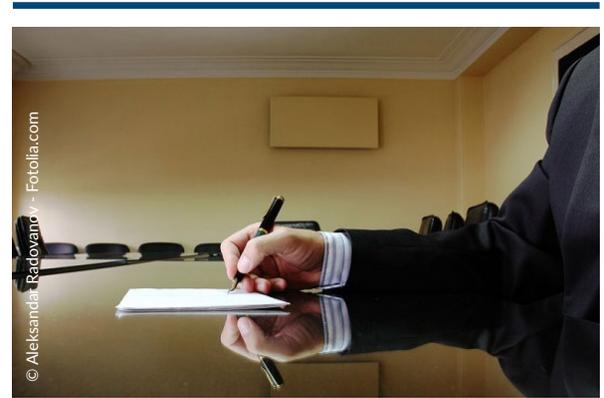
COME ARRIVARE AL TRAGUARDO DEL 2019

Le compagnie dovranno dare comunicazione all'Ivass di aver provveduto alla suddetta revisione e la conformità del prodotto con le linee guida del tavolo tecnico sarà attestata anche dalla presenza sulla copertina del contratto assicurativo di tale indicazione. Ulteriore compito delle imprese sarà quello di informare l'Ivass di quali prodotti siano stati oggetto di revisione secondo le linee guida e l'istituto si occuperà di diffondere tali informazioni tra gli utenti per il tramite del proprio sito. Ciò a far data dal 1° gennaio 2019 e successivamente ogni tre mesi e fino al completamento della revisione dei contratti; la medesima comunicazione dovrà essere effettuata anche nel caso in cui le revisioni siano effettuate prima dell'inizio del prossimo anno.

LA CLAUSOLA VESSATORIA DEL NON-RISARCIMENTO POST MORTEM

Sempre in un'ottica protesa alla tutela del consumatore, l'istituto per la vigilanza sulle assicurazioni ha evidenziato la diffusione nel mercato assicurativo di testi contrattuali di polizze infortuni e malattia contenenti clausole contrattuali penalizzanti per gli assicurati, passibili di declaratoria di vessatorietà. In particolare, l'Ivass, nella lettera al mercato del 28 febbraio 2018, ha sottolineato l'ingiusto squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto a danno dei consumatori assicurati per quanto attiene a quelle clausole che definiscono il periodo, decorrente dalla denuncia di sinistro, entro cui la compagnia si riserva di valutare i postumi permanenti dell'invalidità derivante dalla malattia o dall'infortunio, senza che sia prevista, laddove l'assicurato deceda prima della decorrenza del suddetto termine per cause differenti da quella generatrice dell'invalidità dello stesso, la trasmissibilità agli eredi del relativo indennizzo, nonostante lo stato di invalidità del de cuius si sia effettivamente consolidato prima del decesso. In definitiva, l'istituto di vigilanza ha invitato le compagnie a ripensare al contenuto di tali disposizioni contrattuali, ritenendo ingiustificabile la sopra descritta preclusione, basata sul presupposto che lo stato invalidante del de cuius non fosse stato ancora accertato dalla compagnia attraverso visite mediche compiute dai propri fiduciari.

L'Ivass ha fatto presente che "le clausole in questione appaiono determinare un significativo squilibrio a danno dell'assicurato e dei suoi eredi/aventi causa, prevedendo un impegno certo in capo al primo (pagamento del premio), a fronte del quale la prestazione dell'impresa risulta invece subordinata a una condizione la cui realizzazione dipende unicamente dalla volontà dell'impresa stessa, cioè dallo svolgimento dell'accertamento medico-legale entro i termini, in genere assai ampi (fino a 18 mesi), previsti dal contratto", da cui deriva una limitazione ingiustificata della responsabilità patrimoniale dell'assicuratore non pertinente all'oggetto del contratto (cfr. Cass. civ., 11 gennaio 2007, n. 395; conforme a tale orientamento anche Trib. Roma, 31 gennaio 2017, n. 1710). (Continua a pag.3)



INSURANCE CONNECT su FACEBOOK

Seguici sulla pagina cliccando qui



(Continua da pag.2)

TROPPIA DISCREZIONALITÀ ANCHE PER IL GARANTE DELLA CONCORRENZA

Una lettura propensa a riconoscere la vessatorietà di tale clausole è stata data di recente dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato (Agcm) che, con il provvedimento n. 26661 del 28 giugno 2017, ha censurato, tra l'altro, l'indeterminatezza delle procedure di liquidazione del danno e, in particolare, dell'ampia tempistica prevista dal contratto per lo svolgimento degli accertamenti necessari a verificare la sussistenza dei postumi permanenti, come anche la mancanza di chiarezza e precisione circa la documentazione necessaria a provare lo stato di invalidità. Tale sbilanciamento a danno dei consumatori assicurati, rimesso a una sorta di discrezionale condotta delle compagnie, infatti, è reso ancora più evidente dal fatto che il diritto degli eredi a ricevere l'indennizzo di invalidità venga disconosciuto anche laddove essi siano in possesso di documentazione medica di provenienza diversa dall'impresa (es. certificazione ospedaliera, Inail, Inps) attestante la sussistenza in capo al de cuius dell'invalidità permanente nel periodo precedente al decesso. A tale documentazione le compagnie non attribuiscono rilevanza, subordinando il riconoscimento dell'indennizzo e la sua trasferibilità esclusivamente all'accertamento svolto da professionisti di propria fiducia.

INVITO ALLA COERENZA SU CORRETTEZZA E TRASPARENZA

Pertanto, l'Ivass ha sollecitato le compagnie a rivedere quanto prima le clausole del tipo descritto, laddove presenti nelle condizioni di polizza dei propri prodotti infortuni e malattia, in quanto non coerenti con i criteri di correttezza e trasparenza a cui, invece, è necessario uniformare i testi contrattuali. Il monito dell'istituto è, quindi, di compiere tale cambiamento entro 120 giorni dalla pubblicazione della Lettera, ritenendo che "nella revisione andrà previsto che, qualora l'impresa intenda attribuirsi un periodo minimo per l'accertamento dei postumi permanenti, sia consentito agli eredi dell'assicurato, nel caso di premorienza di quest'ultimo rispetto a tale termine o all'accertamento medico legale dell'impresa, la possibilità di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi. Le imprese che non prevedono alcuna disciplina contrattuale di tali situazioni sono invitate a disciplinarle secondo tali linee. Per la gestione dei contratti già stipulati che dovessero contenere clausole analoghe a quelle oggetto di rilievo, si invitano le imprese ad adottare una policy liquidativa in linea con le indicazioni di cui alla presente lettera" (Ivass, Lettera al mercato del 28 febbraio 2018).

Paolo Mariotti
avvocato del Foro di Milano

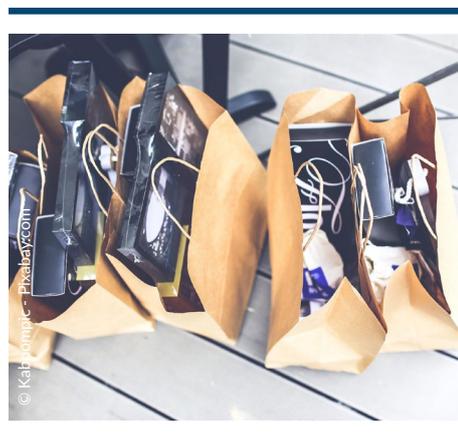
Costanza Bidetti,
giurista

TECNOLOGIA

Arriva il braccialetto per pagamenti elettronici

Unipol Banca, Visa e Nexi presentano Letspay, il primo servizio di pagamento wearable e contactless del nostro Paese: il dispositivo sarà presto disponibile in 263 filiali dell'istituto di credito

Sempre più elettronici, sempre più digitali. Stando ai risultati del Digital payment study 2017, il 74% degli italiani utilizza già dispositivi mobile per tener traccia di entrate e uscite, oltre che effettuare pagamenti giornalieri per pedaggi, parcheggi e bollette. Un altro 68% si dice propenso a imboccare questa strada, passando definitivamente a servizi di pagamento su dispositivi mobili.



Insomma, la domanda del pubblico c'è. E qualcosa sembra muoversi pure sul fronte dell'offerta. **Unipol Banca**, in collaborazione con **Visa** e **Nexi**, ha annunciato il lancio di Letspay, il primo servizio di pagamento wearable e contactless del nostro Paese. Come spiega **Stefano Rossetti**, direttore generale di Unipol Banca, si tratta di "un semplice braccialetto che, consentendo di pagare in modalità contactless, renderà più comodi e rapidi alcuni gesti quotidiani". La novità sarà disponibile in 263 filiali dell'istituto di credito.

La soluzione si basa completamente sulle potenzialità offerte dalle nuove tecnologie. Grazie a un chip collegato a una carta di debito Visa, sarà possibile effettuare pagamenti e transazioni avvicinando semplicemente il braccialetto al Pos: soltanto in presenza di importi superiori ai 25 euro sarà necessario inserire il codice Pin. Per Rossetti la soluzione si impone come "un concreto passo avanti verso il pagamento digitale anche per i piccoli importi, quelli per i quali si è solitamente abituati ad utilizzare il contante".

Grande soddisfazione traspare anche fra le parole dei partner del progetto. "Per Nexi, la collaborazione con Unipol Banca e Visa per la creazione di Letspay è un ulteriore passo nella diffusione dei pagamenti digitali in Italia, obiettivo che come paytech vogliamo raggiungere insieme alle nostre banche partner", ha dichiarato **Marco Ferrero**, direttore commerciale di Nexi. Sulla stessa linea anche **Davide Steffanini**, general manager di Visa in Italia, il quale ha sottolineato la soddisfazione di "collaborare con Unipol Banca e Nexi al lancio del primo pagamento wearable in Italia".

INNOVAZIONE

Paolo e Yia vincono l'H-ack insurtech

La Fondazione Ania premia un salvadanaio polizze e un'app che favorisce l'interazione tra cliente e compagnia

Una serrata competizione per innovare il mercato assicurativo. Si è concluso sabato 7 aprile a Treviso l'hackathon lanciato dalla **Fondazione Ania**. Una sfida durata 24 ore consecutive, in cui ingegneri, programmatori, sviluppatori e designer hanno presentato innovative app, piattaforme multimediali e realtà digitali per individuare nuove soluzioni per le compagnie e per i clienti. Si tratta di strumenti tecnologici che puntano a suggerire comportamenti e stili di vita più sani e consapevoli, diventando così dei veri e propri life style coach.

Durante l'hackathon, i cento partecipanti hanno presentato 15 progetti, che sono stati valutati da una giuria, composta dai rappresentanti di importanti compagnie assicurative e aziende del settore tecnologico. Due i vincitori. Nel campo della customer experience ha vinto il progetto **Yia** – Your data your choice, realizzato da **Davide Bordin, Enrico Carraro, Alberto Celato, Stefano D'Ellena e Samuele De Simone**. Yia è una app che punta ad abbattere l'eccessiva distanza tra compagnia e clienti, che interagiscono solo sporadicamente. Per risolvere questo problema, Yia favorisce l'interazione tra cliente e compagnia, attraverso un reciproco scambio di informazioni.



In questo modo, l'app punta a creare una cultura assicurativa nel cliente, aumentando il coinvolgimento e la sensibilizzazione sui temi assicurativi. A vincere la sfida sui prodotti assicurativi 2.0 è stato il progetto **Paolo** realizzato da **Ivan Vidale, Francesca Lonedo, Nei Sinanaj, Andrea Ballan, Marco Zoppello, Tommaso Spessato**. Paolo è un salvadanaio polizze, che si riempie automaticamente attraverso arrotondamenti dai movimenti bancari. Per ogni acquisto, online e offline, lo strumento consente di accumulare capitale investito, con un minimo impatto sul proprio conto. Alle squadre vincitrici è andato un premio di 2.000 euro, con l'opportunità di sviluppare concretamente il proprio progetto. Inoltre, l'hackathon è stato l'occasione per uno speciale hiring day, che ha consentito ai giovani partecipanti di incontrare informalmente i rappresentanti delle compagnie e delle aziende presenti all'evento.

Alessandro Giuseppe Porcari



Insurance Daily

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio alaggio@insuranceconnect.it

Editore e Redazione: Insurance Connect Srl – Via Montepulciano 21 – 20124 Milano

T: 02.36768000 **E-mail:** redazione@insuranceconnect.it

Per inserzioni pubblicitarie contattare info@insuranceconnect.it

Supplemento al 10 aprile di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577