

PRIMO PIANO

Rca, una vittoria di Pirro

Un emendamento approvato dalla commissione Finanze della Camera al Decreto Fiscale introduce una norma che consentirà a una famiglia di assicurare tutti i veicoli, indipendentemente che si tratti di un mezzo a due o quattro ruote, usufruendo della migliore classe di merito presente all'interno del nucleo. Un vantaggio importante, ad esempio, per quegli automobilisti in prima classe che acquistano una moto o uno scooter e che, al contrario di quanto accade adesso, potranno trasferire la CU maturata sulle quattro ruote alle due ruote, con potenziali vantaggi economici. La cosiddetta "assicurazione familiare" partirà dal prossimo anno e dovrebbe essere estesa anche ai casi di rinnovo contratti già stipulati.

L'Ania ha preso posizione contro il provvedimento, attraverso un comunicato ufficiale in cui lamenta "i proclami entusiastici con cui è stata accolta l'approvazione dell'emendamento Rc auto" che, secondo l'associazione delle imprese, sarebbe "una vittoria di Pirro". Secondo l'Ania, questa disposizione, se definitivamente approvata, "condurrebbe a conseguenze davvero distorsive per la sostenibilità del sistema assicurativo Rca, a danno di tutti gli utenti". Per leggere la news completa, clicca qui.

Beniamino Musto

INTERMEDIARI

I rilievi di Sna sulle modifiche ai regolamenti Ivass

L'Autorità si appresta a introdurre nuove disposizioni in materia di distribuzione di prodotti di investimento assicurativi, suscitando tra gli operatori del settore interesse, ma anche preoccupazione. Convocato per esprimere il proprio parere, il Sindacato nazionale agenti ha fatto presente all'Istituto di vigilanza alcune perplessità: eccole punto per punto, illustrate a Insurance Daily da Michele Languino, componente dell'esecutivo nazionale

A metà novembre si è conclusa la fase di consultazione sugli schemi di provvedimenti di modifica ai regolamenti Ivass 38/2018, 40/2018 e 41/2018, con i quali si introducono disposizioni in materia di distribuzione di prodotti di investimento assicurativi, nonché le ulteriori modifiche che si rendono conseguentemente necessarie per coordinare e allineare la disciplina rilevante per tutti i canali distributivi e per tutti i prodotti assicurativi. Grande interesse e preoccupazione sono stati manifestati dagli operatori, ed è prevedibile che la partecipazione alla consultazione sia stata come al solito massiccia e ricca di rilievi. Questa volta, peraltro, l'Autorità ha inteso convocare gli intermediari pochi giorni prima della scadenza del termine, per un confronto sulle ragioni del provvedimento. Per lo Sna era presente **Michele Languino**, componente dell'esecutivo nazionale del sindacato, a cui abbiamo rivolto alcune domande sugli aspetti critici che gli agenti rilevano sul regolamento.



Michele Languino

Come avete accolto la richiesta di convocazione a pochi giorni dalla scadenza del termine?

Il confronto è sempre utile, anche se effettivamente non abbiamo ben capito il senso di ritrovarci sotto data, quando oramai il lavoro di analisi e predisposizione delle osservazioni era in dirittura d'arrivo. Abbiamo compreso che l'Ivass si aspettava di poter contenere i rilievi, provando a dare risposte sulle ragioni delle scelte operate, fornendo chiarimenti in merito. Si voleva evitare che, come successo in occasione degli ultimi regolamenti, l'Istituto fosse impegnato a rispondere a troppi interlocutori, rallentando i tempi di emanazione.

(continua a pag. 2)

INSURANCE REVIEW
È SU LINKEDIN

Segui la pagina

INSURANCE
REVIEW

in

(continua da pag. 1)

Ci risulta che abbiate fatto una richiesta precisa all'Ivass, per il futuro.

Tutte le associazioni hanno convenuto su una proposta, in relazione alla quale l'Ivass ha mostrato subito disponibilità: trovarsi prima della pubblica consultazione per confronti preliminari, allo scopo di esaminare i temi oggetto di regolamentazione. Siamo certi che in questo modo anche la consultazione ne gioverà, rispetto a snellezza, convergenza di vedute e tempi brevi per l'entrata in vigore. D'altra parte nulla osta dal punto di vista della legittimità di una simile procedura.

Che approccio avete avuto con questo regolamento di prossima emanazione?

A livello generale ogni regolamentazione comporta nuovi oneri, nel momento in cui costringe gli operatori ad adeguarsi, a sostenere spese di aggiornamento e di implementazione organizzativa. Inoltre, non è da sottovalutare l'opera di informazione da rendere alla clientela, sotto il profilo del tempo a essa dedicato.

Nel caso di specie, ci ha sorpreso la tempestività con cui l'Istituto ha modificato regole che non hanno nemmeno un anno di vita, e a cui il mercato si era appena adeguato, vedasi quelle in tema di rilascio dell'informativa precontrattuale.

Un discorso a parte merita l'introduzione di nuovi obblighi e la forzosa riconduzione delle regole del settore a quelle di origine bancaria.

Quali rilievi avete eccepito?

Abbiamo preliminarmente eccepito problemi in ordine alla conformità di alcune previsioni regolamentari rispetto alle fonti primarie. In effetti alcune disposizioni, che modificano il Regolamento 40, sono, a parere di Sna, parzialmente prive di base giuridica e si pongono in parte in contrasto in primo luogo con il Regolamento delegato (Ue) 2017/2359 che disciplina la stessa materia in quanto riguarda gli obblighi di informazione e le norme di comportamento applicabili alla distribuzione di prodotti di investimento assicurativi.

Nel dettaglio, l'articolo 58 comma 4 bis prevede un obbligo di rilascio della dichiarazione di idoneità da parte del distributore assicurativo anche in caso di prodotti diversi dai prodotti d'investimento assicurativi. Inoltre, sia l'articolo 58 comma 4 bis, sia l'articolo 68 decies comma 1, prevedono il rilascio della dichiarazione di idoneità anche qualora non sia prestata una attività di consulenza ai sensi dell'articolo 30 della Idd (applicabile anch'esso solo ai prodotti di investimento assicurativo).

Si legge nella relazione al documento che "al fine di rafforzare la tutela del cliente, il nuovo comma 4-bis dell'articolo 58 ha previsto la consegna di un'apposita dichiarazione, sottoscritta dal contraente e dal distributore, in cui quest'ultimo attesta che il prodotto assicurativo risponde alle esigenze e alle richieste del contraente specificandone i motivi". Come Sna, avete richiesto che tale novità non sia prevista: cosa non vi convince?

La dichiarazione di adeguatezza non è prevista dalle disposizioni del Cap in materia di valutazione dell'adeguatezza dei prodotti diversi dai prodotti di investimento assicurativo (articolo 119 ter commi 1 e 2).

Inoltre, è già ampiamente stabilito, da norme di carattere generale e da disposizioni specifiche di livello primario e secondario, che al contraente debbano essere forniti prodotti assicurativi che rispondano alle sue richieste e alle sue esigenze, realizzando così la tutela del contraente; ci chiediamo quale rafforzamento delle ragioni del consumatore ci si aspetti da questa novità.

L'introduzione dell'obbligo di redazione di tale dichiarazione potrebbe facilmente produrre elementi di specifica conflittualità e forse anche di possibile contenzioso con il contraente, andando proprio contro le finalità stesse di tutela dello stesso.

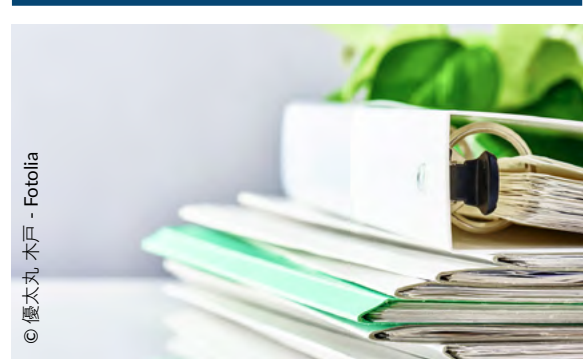
Come può esserci accordo su una definizione di prodotto adeguato o inadeguato?

Ha proprio colto nel segno. La complessità del processo che conduce a una proposta assicurativa non può essere ragionevolmente racchiusa in una specifica dichiarazione di adeguatezza. Una polizza che, per condizioni di mercato, limiti la copertura a un massimale non congruo, ma che per il resto sia gradita per condizioni e premi da parte del cliente, sarebbe adeguata o inadeguata? E potrei continuare con altri esempi.

In particolare, ci si domanda come debba comportarsi l'intermediario o l'impresa nel caso il contraente si rifiuti di sottoscrivere la dichiarazione, pur riconoscendo coerenza e utilità della soluzione ricevuta. Oppure se lo stesso chieda una modifica del testo della dichiarazione, che non trovi però d'accordo il distributore, o addirittura se il contraente insista per predisporre lui stesso la dichiarazione o chieda formalmente di procedere a un ordine d'acquisto in assenza della stessa.

Non sono infine da trascurare problemi di interpretazione circa la sottoscrizione della dichiarazione da parte del contraente: ci si chiede se essa rappresenti un'adesione al contenuto della dichiarazione o una mera presa d'atto.

Questa sottoscrizione, rilevano inoltre i nostri consulenti, è richiesta, oltre che al distributore, anche al contraente, ma questo non è previsto da alcuna norma del Regolamento delegato e risulta potenzialmente pregiudizievole e limitativa dell'esercizio dei diritti del contraente in caso di prodotto inadeguato, contravvenendo allo stesso Codice del consumo. (continua a pag. 3)



© 優太丸 木戸 - Fotolia

(continua da pag. 2)

Se non si indicano i motivi dell'adeguatezza, la dichiarazione non è completa: come vi organizzerete?

L'Ivass non fornisce indicazioni, lasciando libertà al mercato nella scelta su come conformarsi, ma sarà una bella responsabilità, per tutti.

I motivi di cui si chiede specifica evidenza non potrebbero peraltro essere indicati in maniera standardizzata, pena l'aggiramento della prescrizione: in questo modo, però, la dichiarazione delle motivazioni rispetto al singolo contraente si tradurrebbe in una vera e propria raccomandazione personalizzata, invadendo il campo della consulenza di cui al 119 ter, e creando confusione al cliente e allo stesso operatore.

Non sarebbe più consentita la vendita del prodotto assicurativo nel caso di non corrispondenza dello stesso alle richieste e alle esigenze del cliente o nell'ipotesi in cui il distributore non fosse in grado di accertare la corrispondenza del prodotto alle esigenze e alle richieste del cliente a causa del rifiuto del contraente di fornire le informazioni richieste. Su questo punto come vi rapportate?

L'abrogazione dei commi 5 e 6 dell'art. 58 del regolamento 40, con la conseguente impossibilità di vendita in caso di mancata risposta o risposta carente da parte del cliente, non pare conforme al Cap.

Svelo un aneddoto che aiuta a capire meglio gli ambiti del problema: quando abbiamo chiesto all'Ivass quale sia la ragione che li ha spinti in questa direzione, ci è stato risposto che sono stati rilevati problemi in alcuni ambiti della vendita bancaria (come ad esempio per quanto riguarda la diffusione di polizze non utili, o come nel caso della *credit protection insurance*) e in alcuni settori dell'intermediazione professionale, laddove sembra si sia fatto un uso distorto della facoltà da parte del cliente di non rispondere al questionario.

Non comprendiamo perché dunque si debba penalizzare il cliente e il mercato, privandoli di una libertà, invece di andare alla radice del fenomeno perseguendo singoli comportamenti scorretti.

Viene stabilito che i distributori che promuovono o collocano contratti assicurativi effettuando comunicazioni commerciali mediante tecniche di comunicazione a distanza conservano la registrazione delle conversazioni telefoniche o delle comunicazioni elettroniche riguardanti tali contratti, anche nel caso in cui esse non abbiano condotto all'effettiva conclusione dei contratti stessi. Come vi ponete rispetto a questa novità?

Tale obbligo non conferisce alcuna maggiore tutela al contraente, vista anche l'asserita inutilizzabilità delle registrazioni in sede giudiziale.

La norma, inoltre, non è in linea con la normativa primaria in materia di contratti a distanza (Cap) e impone un onere assolutamente inedito che comporterebbe peraltro ingenti investimenti a carico degli intermediari, tenuti a utilizzare impianti di registrazione automatica e potenti sistemi di archiviazione di qualsiasi tipo di comunicazione telefonica. Prevedere tecniche di registrazione vocale che siano gravose e particolar-



mente complesse, senza che ciò aggiunga alcuna concreta tutela ai diritti dell'assicurato, non appare coerente con i principi di proporzionalità fissati, su un piano generale, per l'intera attività regolamentare.

L'Istituto si pone l'obiettivo di semplificare, razionalizzare e allineare le informative al mondo bancario, proponendo un nuovo assetto dell'informativa precontrattuale, con informazioni di natura statica e dinamica e modifiche nelle modalità di rilascio al cliente e affissione nei locali. Qual è il punto di vista dello Sna?

Ci sembra che l'obiettivo di una maggiore semplificazione si allontani. L'introduzione di un ulteriore modulo per l'offerta fuori sede, e di un ulteriore obbligo di consegna (allegato 3) nel caso di offerta in sede aggraverà invece il lavoro degli intermediari, mentre i consumatori non troveranno sostanziale giovamento dalla rinnovata informativa precontrattuale; in buona sostanza si corre il rischio di produrre solo altra carta, che si aggiungerà a tutta quella già prevista, con un overdose di informazioni o un *depistaggio informativo*, che nessuno auspica.

Anche la proposta di riportare affisso un elenco di tutte le collaborazioni ex. L.221 ci sembra contrario allo spirito della legge, e poco pratico per il cliente, che ha interesse a conoscere di quali collaborazioni si avvale l'agente solo in corso di specifica trattativa, in relazione alla tipologia del rischio da assicurare, e non quando mette piede in ufficio: che senso ha mettere a conoscenza il cliente di collaborazioni nel ramo auto, se si sta gestendo una trattativa di Rc professionale? Peraltro, il sistema dell'intermediazione tramite collaborazioni è molto fluido, e quindi tale manifesto da affiggere andrebbe aggiornato con una frequenza insostenibile.

Oltre alle osservazioni, lo Sna sta pensando ad altre iniziative di contrasto?

Sì, non possiamo affidare al solo iter regolamentare la nostra voce. Ci apprestiamo a sensibilizzare i colleghi sull'importanza di far arrivare in Ivass con determinazione le ragioni del nostro dissenso, per ottenere il risultato auspicato, quello di una revisione delle nuove regole proposte. Pertanto, in collaborazione con altre associazioni di intermediari, stiamo predisponendo una comunicazione ad hoc e uno specifico studio di impatto delle nuove regole sugli operatori. Il vostro ruolo di media di settore è per noi molto importante in occasioni simili, grazie per l'attenzione che ci dedicate.

IT, cosa fare con la legacy dei sistemi

Secondo un recente studio di McKinsey, le compagnie hanno essenzialmente tre strade per trarre benefici dalla revisione delle loro piattaforme di base. Ma comprendere quale approccio scegliere dipende dai singoli modelli di business e dalla visione del mercato di riferimento

Nel mercato dei servizi finanziari e assicurativi, anche l'IT è diventato un fattore di produzione e, specificamente nel comparto dei rischi, le ondate di *insurtech* stanno dando alle aziende un primo assaggio di ciò che le tecnologie digitali all'avanguardia possono offrire. Quindi, anche le capacità IT dovranno cambiare radicalmente: in primis, la funzione dovrà essere considerata strategica rispetto al business; i costi dovranno essere ridotti attraverso un uso accurato del *procurement* e del *vendor management*; mentre dovranno essere ottimizzati sviluppo e manutenzione delle applicazioni. Del resto, la valorizzazione dell'IT è centrale per il settore assicurativo, che si affida sempre di più alla tecnologia digitale per sviluppare prodotti, gestire i sinistri e fornire ai clienti un'esperienza soddisfacente.

Tecnologie vecchie di decenni

Su questi argomenti è uscito recentemente uno studio di McKinsey (*IT modernization in insurance: Three paths to trans-*

sformation) che analizza in che modo le compagnie possono trarre benefici dalla revisione dei loro sistemi IT di base. Ma decidere quale approccio scegliere dipende, appunto, da una complessa serie di dinamiche aziendali e di mercato.

Gli analisti sono partiti dalla considerazione che un numero sorprendente di scenari applicativi in tutto il settore continua a fare affidamento su tecnologie vecchie di decenni. Inoltre, se da un lato i player del settore da anni perseguono il consolidamento, il *back-end* IT non sta seguendo lo stesso percorso. Il risultato è che la maggior parte degli assicuratori di grandi dimensioni si ritrovano ora con sistemi operativi paralleli, ridondanti, che aumentano i costi di manutenzione e limitano lo sviluppo di nuove funzionalità. Dall'altra parte, alcuni assicuratori hanno deciso di concentrare i propri investimenti IT su nuovi strumenti di *front-end* che hanno il vantaggio di avere un impatto immediatamente visibile ma lo svantaggio di aver aggiunto complessità dietro le quinte.

(continua a pag. 5)

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

ASSICURARE LE STRUTTURE SANITARIE

SPEEDYQUOTATION

www.sanitaassicurata.net

Quotazione preliminare per le
STRUTTURE SANITARIE

PER INFORMAZIONI:

Cell. (+39) 392.90.42.265 - Tel. (+39) 02.91.98.33.94

(continua da pag. 4)

Le tre opzioni

Per approfittare di tutti i vantaggi della digitalizzazione occorre che l'accesso ai dati sia in tempo reale e lo sviluppo di funzionalità sia agile nei sistemi core. La maggior parte degli assicuratori, sostiene McKinsey, deve rivedere i propri sistemi di base e, insieme, trasformare il proprio modello di business complessivo. Sono tre le opzioni che possono aiutare le aziende a raggiungere questo obiettivo: modernizzare la propria piattaforma IT, costruire una nuova piattaforma proprietaria, o acquistare una nuova soluzione software standard. Scegliere la strada giusta, secondo un'analisi costi-benefici, è fondamentale per garantire la modernizzazione dell'IT e successivamente raccoglierne i benefici.

La scelta dell'approccio dipende da una serie di considerazioni, tra cui lo stato e la stabilità del sistema legacy, il livello di ambizione dell'assicuratore, la disponibilità di una soluzione standard matura per il mercato, l'efficacia delle capacità IT e la quantità di risorse disponibili.

Usato sicuro o l'incognita del nuovo?

"In base alla nostra esperienza – dicono gli analisti – le compagnie che hanno scarse capacità IT interne sperano di cogliere i maggiori benefici dall'acquisto di un pacchetto software standard". Ma ci sono eccezioni. "Alcuni assicuratori, molto convinti sulla natura differenziante di un proprio sistema IT, potrebbero scegliere di costruire una nuova piattaforma utilizzando componenti del sistema preesistente. Allo stesso modo, gli assicuratori con sistemi relativamente stabili, ben tenuti e modernizzati in modo progressivo ma che fanno ancora affidamento su tecnologie obsolete, potrebbero scegliere di modificare la piattaforma esistente e aggiornare altri componenti dell'architettura", si legge nel report.

Sistemi ibridi e piattaforme proprietarie

Poi ci sono delle strade intermedie. Alcuni assicuratori, ha verificato McKinsey, intervengono sui front-end e i servizi che espongono all'esterno, modificando le funzionalità di base, mentre preservano la legacy dei sistemi interni, implementandola di volta in volta con aggiornamenti tecnologici. Pertanto,

i principali sistemi di back-end vengono lentamente modernizzati. Sebbene questo approccio possa essere attraente dal punto di vista del rischio e dei costi, a lungo termine, spiegano gli analisti, è fattibile solo se i sistemi esistenti sono stabili e ben funzionanti e se l'assicuratore ha accesso continuo alle capacità di manutenzione necessarie.

Agli albori dell'informatica, ricorda McKinsey, la costruzione di una piattaforma proprietaria era l'unico approccio per gli assicuratori. Ciò comportava in genere la costruzione di un'architettura di sistema che si adattasse perfettamente ai requisiti unici dell'assicuratore. Questo approccio è ancora usato da importanti compagnie: McKinsey cita il caso di una grande impresa vita europea che implementa gradualmente il sistema proprietario, adattandolo anche alle offerte sui vari mercati locali: il risultato, finora, è stato una riduzione del 30% dei costi amministrativi rispetto alla media di mercato.

I vantaggi di un prodotto standard

I pacchetti standard da acquistare sul mercato IT stanno diventando però sempre più interessanti per molti assicuratori che desiderano rivedere i propri sistemi principali. I software standard sono in genere molto più snelli di quelli proprietari e includono funzionalità già pronte per il pricing, la sottoscrizione, l'automazione dei processi dei clienti o l'elaborazione dei reclami. In linea di massima, un pacchetto standard promette alcuni vantaggi chiave: un'implementazione più rapida e meno rischiosa rispetto alla modernizzazione o alla costruzione di una nuova piattaforma proprietaria; aggiornamenti regolari che includono innovazioni di prodotti e processi; vantaggi economici derivanti dallo sviluppo condiviso tra più assicuratori e accesso a un pool di risorse qualificate al di fuori della compagnia assicurativa.

Sebbene tutti questi vantaggi non possano sempre essere realizzati contemporaneamente, l'appeal del software standard è forte: negli Stati Uniti, ad esempio, nove dei 12 principali assicuratori danni utilizzano soluzioni di questo tipo per i sinistri e l'amministrazione delle polizze.

In definitiva, chiosano gli analisti, la scelta della strada giusta dipende da diversi fattori importanti, tra cui il punto di partenza, che tipo trasformazione si preferisce, le capacità e gli obiettivi del proprio modello di business. Ma una cosa è certa: i progressi digitali nell'assicurazione, specialmente nelle personal lines, sono il nucleo della prossima frontiera del settore.

Fabrizio Aurilia



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 4 dicembre di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577