

PRIMO PIANO

Eiopa, la svolta del 2014

Il 2014 è stato un anno pieno di sfide per Eiopa. L'istituto di vigilanza europeo ha pubblicato al rapporto annuale che definisce i principali risultati conseguiti nel raggiungimento degli obiettivi strategici: una maggiore protezione dei consumatori, lo sviluppo di una sana regolamentazione, una migliore vigilanza, e l'individuazione e la gestione dei rischi per la stabilità finanziaria. Nel report si mette in rilievo il lavoro svolto da Eiopa per garantire la preparazione di Solvency II con la consegna, alla Commissione europea, del set di norme tecniche e pratiche di vigilanza uniformi. Il 2014 è stato anche il periodo degli stress test del settore assicurativo per valutare la resilienza degli istituti finanziari a evoluzioni negative dei mercati. In sede comunitaria, poi, Eiopa ha pubblicato il documento sulla solvibilità delle istituzioni sul fronte delle previdenza. "Il 2014 è stato il momento per rivedere il sistema di vigilanza finanziaria e approcciarsi alle sfide future", ha rimarcato Carlos Montalvo, direttore esecutivo di Eiopa. E l'operato non sembra essersi concluso: "stiamo costantemente cercando di trovare modi per migliorare e potenziare il nostro lavoro - ha proseguito - nel modo più diretto possibile affinché Eiopa possa lasciare un segno nel mondo delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali".

Renato Agalliu

MARKETING

Tecnologia nelle polizze salute

I telematics oltre che nell'auto possono portare benefici importanti anche in altri business assicurativi: a livello internazionale primi concreti esempi nella salute e nella casa

(PRIMA PARTE)

L'integrazione della tecnologia nella *value proposition* assicurativa si sta affermando come uno dei principali trend di evoluzione del settore e le iniziative "digital" rappresentano ormai da alcuni anni una delle priorità nell'agenda di tutti i gruppi assicurativi. A oggi, però, hanno spesso portato solo a miglioramenti limitati della capacità di competere delle compagnie. Le *best practice* internazionali mostrano come per ottenere benefici concreti sia necessario focalizzare l'innovazione su chiari obiettivi strategici, identificando come concretamente l'adozione di una soluzione tecnologica possa permettere di cogliere un'opportunità o risolvere una criticità del proprio *business*.

OTTIMIZZARE LE FRANCHIGIE AGGREGATE

Un'interessante esempio in quest'ottica è rappresentato dalla compagnia americana **Oscar**, *start-up* che in meno di due anni ha raccolto fondi per più di 300 milioni di dollari con una valutazione della compagnia che ha superato 1,5 miliardi di dollari. La compagnia ha innovato radicalmente la *customer experience* delle polizze salute individuali, indirizzando gli sforzi di innovazione sui temi chiave per la profittabilità del *business* rimborso spese mediche negli Stati Uniti: il raggiungimento della franchigia aggregata frontale da parte dell'assicurato e la limitazione dell'utilizzo di visite di emergenza. Oscar ha creato una nuova *value proposition* assicurativa basata su un'applicazione per *smartphone* con al proprio interno un motore di ricerca evoluto (con anche ricerca naturale per sintomi) che consente all'assicurato di identificare e confrontare le strutture mediche all'interno del *network* convenzionato. In questo modo il cliente viene supportato nell'ottimizzare le spese che sostiene direttamente prima di raggiungere la franchigia aggregata, ritardandone quindi il momento del raggiungimento e in questo modo riducendo l'ammontare delle spese pagate (sinistri) dalla compagnia per la restante parte dell'anno. Riguardo il secondo aspetto, la compagnia ha introdotto un sistema di chat e *call back* con uno specialista che l'assicurato può liberamente scegliere all'interno del *network*, offrendo una comoda alternativa che riduce in parte le prestazioni di emergenza non realmente necessarie. (continua a pag. 2)





INSURANCE CONNECT su FACEBOOK

Seguici sulla pagina cliccando qui 

(continua da pag. 1)

ASSICURAZIONE SALUTE E CONNECTED HEALTH

Partendo da queste riflessioni, con differenti realtà assicurative mi è capitato negli ultimi mesi di ragionare su come replicare nel business salute l'esperienza già fatta con il *motor telematics*. Esiste ormai una diffusa consapevolezza dei benefici degli approcci basati su *black box* e di come il ritorno sull'investimento in questa tecnologia possa essere massimizzato dalle compagnie attraverso una riflessione ampia, che non consideri solo gli aspetti di *underwriting* della polizza auto ma si estenda sugli aspetti di servizio al cliente, sugli aspetti di controllo dei sinistri e di fidelizzazione dei clienti. I benefici conseguibili sulla *value chain* assicurativa attraverso device di *mHealth* e *wearable* sono identificabili facendo un parallelo con quanto avvenuto nell'assicurazione auto.



WEARABLE PER IL CONTENIMENTO DEL RISCHIO

Il primo ambito è la **selezione del rischio**, intesa sia come capacità di autoselezione e di dissuasione di comportamenti rischiosi, sia come integrazione delle variabili statiche tradizionalmente usate con un set di *informazioni telematics*, raccolte per un periodo di tempo limitato unicamente per supportare la fase di *underwriting*. La creazione di *value proposition* incentrate sull'utilizzo di *wearable* rende il prodotto attrattivo per individui attenti a queste tematiche (più giovani e sani rispetto alla clientela tipica dei prodotti salute) generando un effetto di auto selezione paragonabile a quello che ha caratterizzato l'avvio delle esperienze *motor telematics*. Un esempio interessante di creazione di un prodotto attrattivo per clienti più attivi è la sopra citata **Oscar**, che da qualche mese regala, a tutti i propri assicurati, un contapassi collegato all'applicazione mobile: ogni giorno l'applicazione presenta al cliente un obiettivo personalizzato, a fronte del cui raggiungimento viene accreditato al cliente un dollaro. In tal modo, mensilmente il cliente può ricevere fino a venti dollari come *cashback* dalla compagnia.

LE APP MEDICHE COME VALORE AGGIUNTO

La seconda area di generazione di valore è quella dei servizi a valore aggiunto. L'utilizzo dei dati rilevati rappresenta un'opportunità incredibile per erogare nuovi servizi sulla salute e per offrire ai clienti una migliore *customer experience*: si pensi anche solo alla geolocalizzazione delle strutture del *network* di medici e cliniche convenzionate legato a una polizza rimborso spese mediche. Uno degli esempi di maggior successo internazionale riguardo i servizi a valore aggiunto è l'australiana **Medibank** che ha integrato nelle sue polizze salute, attraverso un'app per *smartphone*, servizi informativi e di *advice* sia medici (come sta facendo in Italia il **Fondo assistenza e benessere** attraverso la partnership con l'app *Consiglio dal medico*) sia *wellness*, generando attraverso questo *bundle* di servizi ricavi incrementali pari a più del 10% dei premi della compagnia. Questo *player* australiano ha anche creato un'applicazione per i non clienti che permette di accedere a scontistiche *wellness*, sfruttando quindi la proposizione di servizi a valore aggiunto per l'acquisizione di nuovi clienti su cui successivamente fare *cross-selling* con un'offerta assicurativa.

LA CUSTOMER EXPERIENCE E IL CONTROLLO DEGLI ESBORSI

Questa capacità di erogare servizi salute con un elevato valore percepito dai clienti può consentire anche alla compagnia di incrementare l'efficacia dei propri processi di indirizzo sul *network* convenzionato, aspetto fondamentale per il controllo del *loss ratio* di un prodotto rimborso spese mediche, mantenendo livelli elevati di *customer experience*. Il **loss control** rappresenta infatti la terza area di creazione di valore, come nel *business* auto. Nel salute possono essere concretizzati benefici economici significativi già nel breve, sfruttando la telemedicina per ottimizzare l'esborso per determinati sinistri, o per legare il rimborso all'effettiva aderenza al percorso di cura. L'ambizione a tendere è quella di arrivare a disporre di approcci di *early warning* che intercettino stati di salute alterati e permettano di intervenire in ottica preventiva. (continua a pag.3)



(continua da pag. 2)

Discovery, in Sudafrica, ha sperimentato con successo questo approccio: con l'obiettivo di ridurre il *loss ratio* del cluster di assicurati diabetici (in larga parte sinistri legati a complicazioni per mancanza di controllo) fornisce uno strumento per la misurazione della glicemia collegato ad una app e ne premia l'utilizzo nell'ambito del programma *Vitality*.

PREMIARE I COMPORAMENTI SALUTARI

Vitality rappresenta la *best practice* internazionale nel quarto asse di creazione di valore: l'**indirizzo del comportamento dei clienti attraverso un sistema di loyalty** che premia i comportamenti poco rischiosi. La compagnia sudafricana ha integrato, nel suo complessivo sistema di *reward*, dei *device* per la misurazione dell'attività fisica e ha inserito il loro utilizzo tra i comportamenti incentivati. L'esperienza fatta in differenti Paesi da Discovery nell'*engage* dei clienti su comportamenti salutari attraverso approcci di *gamification*, mostra l'efficacia dell'approccio in termini di appeal commerciale, di capacità di acquisizione di clienti meno rischiosi e di riduzione nel tempo del profilo di rischio del singolo cliente.

L'ultimo ambito su cui ragionare per massimizzare i benefici conseguibili dall'integrazione di *wearable* e polizze salute è rappresentato dal **pricing basato sul rischio individuale**, ovvero il monitoraggio costante del *livello* di esposizione al rischio durante il periodo di copertura. L'opportunità è arrivare a costruire tariffe legate al monitoraggio attraverso *device* delle condizioni di salute, dello stile di vita e del contesto. Come avvenuto nell'auto *telematics*, questo sarà un traguardo raggiungibile solo dopo alcuni anni di raccolta di questi dati e di analisi attuariale delle serie storiche, insieme alle informazioni riguardanti i sinistri.

Matteo Carbone,
manager Bain & Company

(la seconda parte dell'articolo sarà pubblicata su *Insurance Daily* di domani mercoledì 1 luglio)

NORMATIVA

Le Cpi e il contenzioso

L'elevata diffusione di polizze abbinate ai mutui e ai finanziamenti, crocevia tra esigenze dei consumatori e interessi di chi eroga il credito, moltiplica i rischi per le compagnie. L'analisi delle richieste possibili da parte degli assicurati, degli elementi da valutare e delle cautele da adottare

Le polizze Cpi (*Credit protection insurance*), sono contratti di assicurazione abbinati a mutui, finanziamenti, prestiti e crediti al consumo. L'abbinamento può derivare da obblighi di legge, da liberi accordi *inter partes* o da altri elementi sostanziali che rendano, nei fatti, la polizza necessaria per ottenere l'erogazione del credito a determinate condizioni.

Ad oggi i volumi di vendita di questo tipo di prodotto sono molto elevati. In particolare, le polizze abbinate ai contratti di mutuo continuano a essere le più vendute dagli sportelli bancari nell'ambito della c.d. *protection*; esse rappresentano infatti il 72% dei premi raccolti nei primi sei mesi dell'anno.

In un momento in cui l'incremento dell'erogazione del credito viene considerato tra i maggiori fattori di ripresa economica del Paese e, pertanto, tra le maggiori priorità dell'azione di governo, è evidente come le polizze Cpi rappresentino un elemento di estrema rilevanza.

Non va inoltre trascurato che esse si collocano in un delicato crocevia tra esigenze di protezione (di chi riceve il credito), esigenze di affidamento (di chi lo eroga), interessi dei consumatori ed interessi di banche e finanziarie.

In considerazione della loro ampia diffusione sul mercato e della delicata funzione economico-sociale svolta, le polizze Cpi si trovano pertanto ad assumere un rilievo crescente nell'ambito del contenzioso assicurativo.

Principi e tecniche difensive delle compagnie

Il contenzioso può originare da una molteplicità di situazioni: non solo la (classica) negata liquidazione della prestazione assicurativa richiesta dall'assicurato (o dai suoi eredi), ma anche la prescrizione dei diritti degli eredi dell'assicurato (in un quadro normativo mutato a più riprese nel giro di pochi anni), il problema delle restituzioni delle frazioni di premio non godute (anch'essa contraddistinta da incisive modifiche della disciplina applicabile) ovvero ancora il filone delle vertenze originate dalle azioni recuperatorie degli enti erogatori del credito e dalle relative opposizioni con chiamata in causa dell'assicuratore. (continua a pag. 4)



© Natalia Mierzlyakova
- Fotolia.com

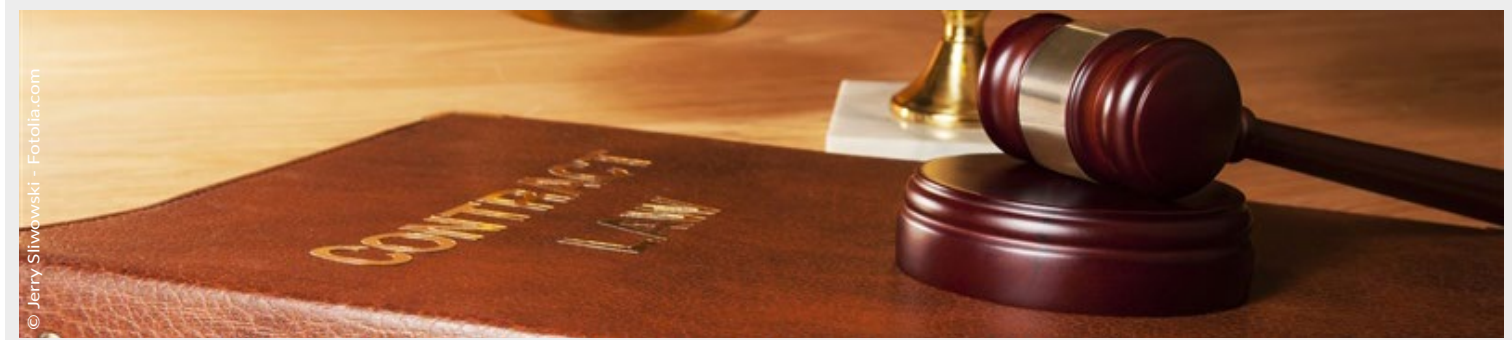
(continua da pag. 3)

Sovente il contenzioso giudiziale è preceduto da reclami svolti direttamente dall'assicurato (o suoi eredi) ovvero svolti tramite l'apposito ufficio dell'autorità di vigilanza, Ivass, nonché da fasi di tentativo di mediazione o di negoziazione assistita. Talvolta attraverso questi passaggi si perviene alla definizione della vertenza, talaltra le posizioni rimangono distanti ed il contenzioso giudiziale diviene inevitabile.

In quest'ultimo caso, viene non di rado coinvolta una pluralità di soggetti: tra questi, infatti, non vi è soltanto la compagnia che offre la copertura assicurativa oggetto della controversia, ma spesso, oltre ad essa, vengono coinvolte (più o meno erroneamente) anche compagnie che offrono altre coperture (talvolta viene convenuto in giudizio il gestore dei sinistri anziché l'assicuratore), il distributore e financo la cessionaria del credito.

verso una confutazione ad rem ovvero attraverso una confutazione *ad hominem* o *ex concessis*. Nel primo caso si interviene sulla verità oggettiva, nel secondo invece su quella che può essere definita come verità relativa. Una volta scelta la strategia per confutare la tesi avversaria, la si può attaccare direttamente al fondamento (*negotio majorem*), oppure si possono attaccare le conseguenze (*negotio consequentiam*); in taluni casi, è anche possibile attaccare cumulativamente sia che conseguenze che il fondamento oppure si può arrivare a strumentalizzare la tesi avversaria, aggirandola o assolutizzandola fino ad estenderla *ad absurdum* oppure ampliandola fino a farvi rientrare casi per i quali tale tesi non vale.

In questo quadro d'insieme è evidente come la semplice conoscenza della materia Cpi e del suo (ormai molto) articolato assetto normativo e regolamentare rappresenti una condizione necessaria ma non sufficiente ad una efficace difesa delle imprese di assicu-



La controversia giudiziale si apre attraverso la rappresentazione al giudice di due (o più) verità opposte, normalmente quella della compagnia assicuratrice e quella del suo avversario (l'assicurato o, non di rado, il non assicurato che ha comunque interesse). In questa contrapposizione tra le diverse posizioni processuali non è raro, quanto più la posta in gioco è alta, assistere a posizioni oltranziste attraverso cui le parti, pur di ottenere ragione, non si fanno scrupolo di travalicare i limiti del normale sillogismo logico-giuridico per utilizzare quello dialettico e, in certi casi estremi, anche quello così detto eristico. Nella loro brama di vittoria, in altre parole, le parti utilizzano ogni tipo di stratagemma difensivo, ottenendo non di rado soddisfazione da tale utilizzo: come in un duello di scherma, vince infatti chi è più abile nella tecnica, indipendentemente dal fatto che questa abilità coincida o meno con la ragione sostanziale.

Strategie per confutare le tesi avversarie

Le compagnie assicuratrici si trovano così a doversi difendere in contenziosi contraddistinti da toni anche molto aspri e da pretese sostenute mediante argomentazioni di ogni tipo. Esse devono quindi individuare subito la strategia migliore per tutelarsi, potendo invece servirsi di tecniche difensive diversificate e diversificabili anche in corso di causa a seconda delle esigenze.

Sotto il profilo strategico, la difesa può essere articolata attra-

razioni dalle crescenti iniziative giudiziarie che vengono loro indizzate. Occorre anche un'adeguata conoscenza degli strumenti di neutralizzazione delle tecniche dialettiche e financo eristiche che vengono utilizzate contro di esse ed una esperienza nell'utilizzo delle necessarie contromisure: di fronte ad avversari determinati alla vittoria per *fas et nefas* sono necessarie elasticità e flessibilità difensive, in (paradossale) contrasto con un quadro disciplinare sempre più rigido e articolato.

Matteo Massimo D'Argenio

Annastella Minnaja

Studio D'Argenio Polizzi e Associati Studio legale



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