

PRIMO PIANO

Luce, acqua e polizze

Verificare il livello di correttezza e l'effettivo rispetto dei diritti dei consumatori. Questi gli obiettivi dell'analisi tecnica che l'Ivass ha avviato in forma congiunta con l'Antitrust e con l'Autorità garante dell'energia.

L'indagine è stata realizzata su un campione di 20 pacchetti commerciali (13 le compagnie assicurative osservate) che combinano la fornitura di energia elettrica, gas o acqua con polizze assicurative. L'iniziativa fa seguito all'indagine Ivass *Sei assicurato e forse non lo sai*, da cui era emerso un fenomeno di polizze abbinate a servizi e prodotti di vario genere, con possibili profili di criticità per i consumatori legati a modalità di offerta e conoscenza effettiva dell'esistenza della polizza. L'indagine congiunta stima in circa due milioni i consumatori in possesso di polizze in abbinamento, per una raccolta totale di 33 milioni di euro. "A seguito della verifica - spiega una nota congiunta - sono in via di definizione gli opportuni interventi di competenza di ciascuna Autorità". Ciò al fine di garantire che l'offerta di polizze ai consumatori "risulti condotta in maniera tale da garantire una scelta consapevole", mediante "corrette modalità di raccolta delle adesioni", di modo che "risulti effettiva la consapevolezza dei consumatori relativa all'esistenza stessa delle garanzie" e che, per i clienti, "sia agevole richiedere e ottenere l'indennizzo".

Beniamino Musto

MERCATO

La luce alla fine del tunnel

Le assicurazioni italiane tengono bene. E confermano il loro ruolo di investitori istituzionali. Ora serve un impulso normativo, agendo soprattutto sulla leva fiscale. E l'unione della categoria, a livello sindacale e di rappresentanza. Come ha ribadito, ieri, il presidente Aldo Minucci all'assemblea annuale Ania



Aldo Minucci, presidente di Ania

Le compagnie italiane confermano la buona tenuta. I dati, presentati ieri all'Auditorium di Roma nel corso dell'annuale relazione dell'Ania, lo dimostrano: i premi raccolti lo scorso anno, ammontano a 143 miliardi di euro, in forte aumento nei rami vita (oltre 110 miliardi destinati alle polizze vita, in crescita record del 30% rispetto al 2013), ma in calo nei danni (33 miliardi, -2,7% in conseguenza della diminuzione dei premi Rc auto). L'utile

complessivo del 2014 è stato di circa 6 miliardi (3,5 nei rami vita e 2,5 nei danni) e la redditività del capitale, pari al 10%, è tornata sui livelli medi europei. Buona anche la situazione sul fronte *Solvency II*, laddove si conferma la solidità del settore assicurativo e la sua capacità di resistere a shock molto severi.

Tuttavia, non mancano le criticità: i bassi tassi di interesse rendono più difficile, nel comparto vita, garantire rendimenti significativi agli assicurati e un'adeguata remunerazione del capitale e delle reti distributive; l'altra preoccupazione riguarda *Solvency II*, rispetto alla quale l'Ania teme che "a pochi mesi dall'avvio del nuovo regime, siano introdotti ingiustificati inasprimenti delle regole".

LE IMPRESE COME INVESTITORI

Nel buon andamento delle assicurazioni, un capitolo importante è dato dagli investimenti delle imprese: a fine 2014, erano pari a 630 miliardi, in aumento del 12% rispetto al 2013. "Le nostre compagnie - evidenzia Aldo Minucci, presidente dell'Ania - hanno destinato circa 12 miliardi a società italiane utilizzando le nuove forme di investimento. Si tratta di un valore ancora piccolo se rapportato al totale del portafoglio titoli del settore, ma sicuramente significativo in un momento in cui è forte la domanda, da parte delle imprese, di finanziamenti alternativi al credito".

Un maggiore intervento degli assicuratori, in questo campo, avverte Minucci, potrà essere incentivato solo con la normativa, intervenendo su tre questioni: le operazioni da finanziare andrebbero garantite da istituzioni pubbliche o private, per ridurre l'esposizione al rischio di default; le forme di investimento di più lungo termine non vanno penalizzate dalle nuove regole di *Solvency II* in termini di capitale richiesto; la tassazione sui rendimenti di polizze collegate a investimenti di medio e lungo termine va fissata nella misura prevista per i titoli pubblici (12,5%). *(continua a pag. 2)*

You
Tube

INSURANCE CONNECT su YOU TUBE

Seguici cliccando qui





(continua da pag. 1)

TABELLA E DANNO DA MORTE

Nel settore Rc auto continua la diminuzione dei prezzi: secondo i dati Ivass del IV trimestre 2014, gli italiani hanno pagato, in media, un premio pari a 475 euro (40 euro in meno rispetto allo stesso periodo del 2013), risparmiando un miliardo e 300 milioni e, da marzo 2012 a marzo 2015, il premio medio è sceso del 15%. Nella prima parte del 2015, però, si registra un aumento della frequenza sinistri che, se confermata, potrebbe comprimere i margini tecnici delle compagnie, già ridotti del 15% rispetto al 2013.

In questo senso, l'Ania invoca nuovi interventi normativi volti al contenimento del costo dei sinistri, quali l'approvazione della tabella per il danno biologico – già passata al vaglio dei Ministeri competenti e del Consiglio di Stato – e la valutazione del danno da morte con l'individuazione coerente dei beneficiari: in Italia, il valore unitario degli importi liquidati è quasi quattro volte superiore alla media europea.

TRA FRODI ED EVASIONE

Altro tema su cui intervenire, a livello normativo, ribadisce Minucci è il contrasto alle frodi, inserendo la previsione della decadenza dal diritto al risarcimento qualora il danneggiato non presenti la sua richiesta entro novanta giorni dall'evento, fermo restando il termine di prescrizione di due anni nei casi di forza maggiore e di impedimento senza colpa.

In tema di Rc auto, un elemento cruciale riguarda l'evasione assicurativa: si stima che circolino circa 3 milioni e 900mila veicoli senza copertura che si spera di ridurre drasticamente grazie al contrassegno elettronico, in vigore dal prossimo 18 ottobre. "Occorre – avverte Minucci – che, in tempi rapidissimi, venga modificato l'art. 201 del Codice della Strada, così da abilitare all'accertamento i dispositivi telematici di rilevamenti a distanza. Senza questa modifica, la possibilità di controllo del rispetto dell'obbligo assicurativo sarebbe limitata ai soli interventi diretti delle Forze dell'ordine, depotenziando l'efficacia di questa importante innovazione".

DAL WELFARE ALLE CALAMITÀ

Restano poi aperte le questioni su welfare e calamità naturali. In particolare, in tema di previdenza, "appare discutibile l'aumento dall'11% al 20% della tassazione dei rendimenti delle forme previdenziali, ancorché mitigato dal credito d'imposta riconosciuto per gli investimenti in attività finanziarie a mediolungo termine".

Sulla sanità, sottolinea Minucci, è necessaria una ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza e delle modalità di calcolo dei ticket, l'approvazione di un Testo Unico della sanità integrativa che preveda una sola Autorità di vigilanza per le diverse forme sanitarie e l'estensione anche alle polizze la deducibilità dei contributi versati, eliminando la specifica imposta sui premi assicurativi.

Per le calamità naturali, il modello proposto dall'Ania prevede un sistema pubblico-privato per la gestione del rischio catastrofale, in particolare per le abitazioni, con polizze dal prezzo contenuto (fiscalmente deducibile), anche nelle aree a maggior rischio – da raggiungere attraverso un'ampia mutualità e una copertura obbligatoria. "Siamo comunque disponibili a discutere anche un approccio basato sulla cosiddetta semi-obbligatorietà, un sistema in cui la copertura catastrofale è obbligatoriamente inclusa nella polizza incendio del fabbricato".

Diplomatica la risposta del governo. "Dobbiamo tenere in conto in modo analitico – spiega **Federica Guidi**, ministro dello **Sviluppo Economico** – costi e benefici delle diverse alternative. Non voglio, quindi, prendere impegni prematuri, se non quello di approfondire, studiare, valutare".

FPA: UN PROBLEMA APERTO

Tra le questioni che dividono il comparto assicurativo, Minucci ha affrontato la questione Fpa, per il quale l'Ania ha proposto un piano di riequilibrio. "Due sindacati degli agenti l'hanno condivisa, ma essa non ha trovato accoglimento da parte dello Sna, che ha ribadito di voler mantenere l'anacronistico modello a prestazione definita. In attesa di conoscere i primi orientamenti del commissario, confermiamo la disponibilità a confrontarci sulla capacità della nostra proposta di risolvere i problemi del fondo".

IL VALORE DELL'UNITÀ

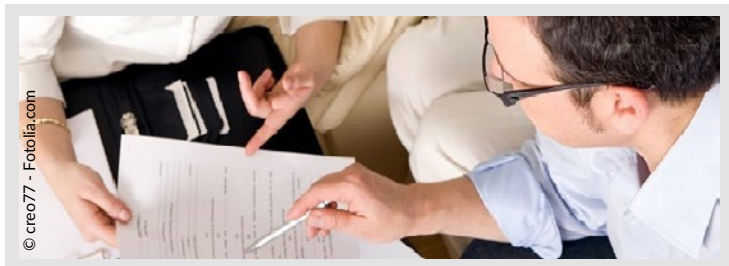
Infine, un invito all'unità. "Abbiamo cercato di rendere l'Ania e l'intero sistema associativo sempre più aperti, credibili, dotati di capacità propositiva. In quest'ottica, vi è stata attenzione costante all'efficienza e alla governance, rivedendo il modello organizzativo e garantendo l'attiva partecipazione delle imprese alla vita operativa dell'associazione. Sappiamo che alcuni hanno preferito scegliere un percorso di rappresentanza diretta. Noi – conclude Minucci – non condividiamo tale decisione e abbiamo dichiarato l'importanza di una ricomposizione unitaria. La complessità della crisi e le difficoltà del Paese ci impongono di restare uniti per valorizzare il contributo che l'industria assicurativa può dare alla nostra società".

Aperto al dialogo, invece, il governo che dichiara l'intenzione di "aggiustare tutto quello che richiede di essere sistemato", pur sottolineando che, una volta definito "un quadro nel quale le imprese possano operare in modo finalmente razionale, l'obbligo delle aziende è competere sul serio".

NORMATIVA

L'aggravamento del rischio: tutele per le compagnie assicurative

Nella definizione degli obblighi dell'assicurato, le clausole troppo generiche possono esporre le imprese a importanti rischi in caso di contenzioso. Ecco come intervenire sui contratti per non dare spazio a incertezze interpretative



L'art. 1898 c.c. disciplina, come noto, l'ipotesi di aggravamento del rischio durante il periodo di vigenza del contratto di assicurazione. Nella prassi contrattuale, molto frequentemente, ci si imbatte in condizioni generali che, con riferimento alla predetta norma, ne riversano il contenuto in clausole predisposte, in parte, in questi termini: "L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto di indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione".

Ma quali i mutamenti/aggravamenti per cui nasce effettivamente l'obbligo per l'assicurato di darne pronta comunicazione alla compagnia assicuratrice? Quali le tutele offerte all'assicuratore?

La giurisprudenza più recente ha statuito che, per essere rilevanti ai sensi dell'art. 1898 c.c., debbano verificarsi circostanze tali per cui si registri:

a) un **aumento delle possibilità di verifica dell'evento** previsto dal contratto assicurativo, tale che la gravità e l'intensità del rischio che ne consegue comporti un'alterazione dell'equilibrio tra rischio e premio, al di là della normale alea contrattuale;

b) una **situazione imprevista e imprevedibile**, derivante da un fatto estrinseco e nuovo;

c) un **mutamento che produca una condizione permanente**, nel senso che la situazione, che discende dal verificarsi degli aggravamenti, deve presentare i connotati della stabilità e non quelli della transitorietà, della persistenza, e non della precarietà (cfr., *ex multis*, Cass. Civ. Sez. III 18.01.2000 n. 500; Cass. Civ. 14.03.1996 n. 2115 e Cass. Civ. Sez. I 10.04.1987 n. 3563 nonché T. Varese, 08.10.1999).

Come evitare incertezze interpretative

È importante, però, prendere atto di quelli che sono gli effettivi risvolti pratici che discendono dal quadro appena delineato.

Parte della giurisprudenza ha respinto le deduzioni sollevate dalle compagnie assicurative a causa della genericità con cui era formulata la clausola in esame.

Alla luce di quanto esposto, s'impongono precise considerazioni con riferimento alla corretta predisposizione della clausola contrattuale *de qua*, per evitare di dar spazio a incertezze interpretative che possano determinare ulteriori incertezze nell'applicazione della normativa in esame.

Per evitare ogni sorta di questione in merito alla vessatorietà di detta clausola si può ipotizzare la sua impostazione in questi termini: "Il contraente ha l'obbligo di comunicare immediatamente, a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno all'assicuratore, ogni mutamento, non previsto o prevedibile, che determini un aggravamento del rischio tale che, se fosse esistito al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita a un premio più alto. La mancata comunicazione può comportare la perdita totale o parziale del diritto di indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione".

In aggiunta, come già puntualizzato altrove, la compagnia potrebbe redigere clausole attinenti all'esclusione del rischio quanto più esaustive possibili, chiare e dettagliate anche con riferimento a tutto quanto non indennizzabile ma prevedibile in sede di conclusione del contratto (ad es. inserendo un patto di esclusione per il trasporto di cose per conto terzi sull'autoveicolo).

Attraverso il ricorso a questo duplice espediente, pertanto, l'assicuratore risulterebbe pienamente tutelato in caso di mutamento (i.e. aggravamento) del rischio inizialmente assicurato.

Giorgio Grasso,

PhD Of Counsel Studio Legale Simmons & Simmons LLP



RICERCHE

Cure sanitarie, i dipendenti chiamano le aziende

La metà dei cittadini chiede polizze salute integrative nei contratti di lavoro

Quasi due italiani su tre credono che le aziende debbano occuparsi di cure sanitarie per i propri dipendenti. A questa percentuale si aggiunge un ulteriore 18% a cui piacerebbe che le imprese fossero maggiormente coinvolte in questo processo: più di quanto non lo siano oggi. È l'istantanea ricavata dalla nuova ricerca dell'Osservatorio Sanità di UniSalute. Lo scenario attuale, in materia di cure per la salute, vede una offerta pubblica sempre più ridotta, a cui si aggiunge un numero crescente di cittadini che non riesce a sostenere tali spese di tasca propria. E in questo contesto il 63% degli italiani ha però chiaro quale potrebbe essere il soggetto terzo in grado di supportare pubblico e privati cittadini: le aziende.

Lo studio evidenzia come siano ancora molti i lavoratori italiani poco informati su cosa preveda il proprio contratto di lavoro in termini di coperture sanitarie: il 25%, infatti, ammette di non essersi mai personalmente informato a riguardo, a cui si aggiunge un rispondente su tre (32%) che non crede che il proprio contratto di lavoro preveda questo aspetto, e che nessuno all'interno della propria azienda lo ha mai informato in proposito. Solo il 29% dichiara di sapere che è prevista una copertura per determinate prestazioni mediche; di questi più di un lavoratore su quattro (27%) sa che a gestire le prestazioni coperte dal proprio contratto è UniSalute.



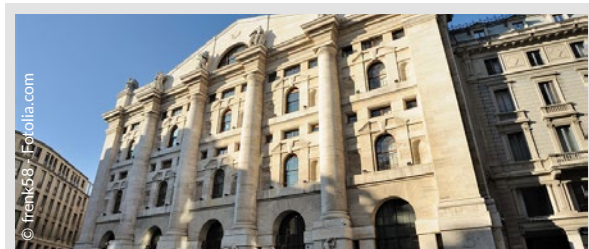
Ma quali sono le iniziative messe in atto dalla propria azienda che gli italiani apprezzerebbero di più rispetto alla salute? Occorre precisare, intanto, che un ruolo determinante è giocato anche della crisi economica: il 50% degli intervistati, in questo senso, punta sulle polizze integrative, mentre il 37% gradirebbe campagne di prevenzione. Nel dettaglio, guardando alle singole prestazioni che gli italiani vorrebbero vedersi garantire all'interno dei contratti di lavoro, quelle che raccolgono i maggiori consensi sono: le cure odontoiatriche (75%), le cure oculistiche (50%), le coperture per terapie fisioterapiche (30%) e per l'assistenza domiciliare (28%).

Renato Agalliu

RICONOSCIMENTI

Msa Multi Serass vincitrice del Premio Le Fonti

Per il terzo anno consecutivo la società si aggiudica il premio per l'eccellenza nella gestione sinistri in outsourcing



Giovedì 11 giugno, nella prestigiosa cornice di Palazzo Mezzanotte, sede della Borsa Italiana, si è tenuta la quinta edizione del Premio Internazionale Le Fonti (www.premiolefonti.it), con l'alto patrocinio della Commissione Europea, di Regione Lombardia, provincia di Milano e Ascosim. Presenti all'evento oltre 400 persone e 60 società appartenenti a imprese, studi professionali e operatori finanziari intervenuti alla cerimonia.

La premiazione è entrata nel vivo con le migliori società finanziarie e bancarie. Nella categoria "eccellenza nella gestione sinistri in outsourcing" si è riconfermata vincitrice per il terzo anno consecutivo Msa Multi Serass "per essere un Provider sinistri di alto livello, dotato di una squadra efficiente e motivata, di competenze distintive sia sul versante tecnico che di gestione progettuale e qualità del servizio di eccellenza assoluta, sempre corredata da una grande integrità personale e professionale", recita la motivazione del premio.

Così il direttore generale, Giovanni Campus: "devo dire che ci speravamo, non fosse altro per il noto motto *Non c'è due senza tre*; in realtà siamo molto orgogliosi della riconferma del premio in un anno di grande crescita, anno in cui è stato anche mosso il primo passo verso lo sviluppo internazionale attraverso l'apertura di una branch a Parigi".

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