

PRIMO PIANO

La sentenza Godot è arrivata

Il danno tanatologico (o danno da perdita del bene vita) non sarà riconosciuto come voce di danno. Questa mattina è finalmente arrivato il tanto atteso pronunciamento delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, che hanno respinto il ricorso con cui si chiedeva il riconoscimento della risarcibilità di questa tipologia di danno a favore degli eredi. La sentenza depositata oggi (n. 15350/2015) giunge a più di un anno di distanza dall'ordinanza del 5 febbraio 2014 con cui la terza sezione della Suprema Corte aveva chiesto di sottoporre la questione alle Sezioni Unite, all'indomani della sentenza 1361 del 23 gennaio 2014 (relatore Luigi Scarano) con cui veniva riconosciuta la risarcibilità del danno da morte.

In prima fila nell'attesa di questo pronunciamento, le compagnie assicurative che ora possono (per il momento) tirare un sospiro di sollievo: la possibile rivoluzione dei titoli risarcitori determinata dall'eventuale accoglimento del ricorso, avrebbe causato seri problemi nella definizione di nuove poste e titoli risarcitori in ambito della liquidazione del danno nel sistema dell'Rc auto. Ovviamente, prima che si possa esprimere un giudizio articolato e definitivo sulla sentenza occorre attendere la lettura delle motivazioni, tra le cui maglie potrebbero annidarsi ulteriori aspetti da chiarire.

Beniamino Musto

NORMATIVA

Cpi, quando le dichiarazioni sono false

Ai sensi dell'articolo 1892, comma 3 del Codice civile, in caso di inesattezze o reticenze dell'assicurato in sede di stipula della polizza, l'assicuratore ha la facoltà di annullare il contratto. Ma esistono alcuni limiti di carattere temporale, e non solo, che ostacolano la possibilità di rifiutare la liquidazione del sinistro



In materia di polizze Cpi, un aspetto di notevole rilievo nella giurisprudenza riguarda l'insieme delle previsioni contenute nell'art. 1892 del Codice civile che disciplina i casi in cui l'assicurato abbia rilasciato dichiarazioni inesatte e/o reticenti (con dolo o colpa grave) in sede di stipula del contratto assicurativo.

La norma consente all'assicuratore di tutelarsi in quanto non avrebbe assunto in copertura il rischio o lo avrebbe assunto a condizioni differenti nel caso in cui fosse stato a conoscenza del vero stato delle cose (art. 1892, comma 1). All'assicuratore viene così attribuita la facoltà di annullare il contratto rendendo in tal modo inefficace la copertura e, per contro, dovendone restituire il premio, se non altro nella misura non goduta sino a quel momento. Tale prerogativa è tuttavia assoggettata a un termine di decadenza di tre mesi dalla scoperta (art. 1892, comma 2) la cui brevità costituisce un primo limite all'utilizzo di questo strumento da parte dell'assicuratore.

SERVONO PROVE INCONFUTABILI

Un secondo limite è dovuto al fatto che normalmente l'assicuratore viene a conoscenza delle inesattezze o reticenze solo successivamente al verificarsi del sinistro, ovvero quando l'assicurato, o i suoi eredi richiedono la liquidazione dell'indennizzo e la compagnia esamina i documenti che le pervengono a supporto di tale richiesta. In casi di questo tipo, l'assicuratore nella impugnazione del contratto ai fini del suo annullamento trova migliore tutela nella seconda parte del terzo comma dell'art. 1892 secondo cui "se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente [tre mesi dalla scoperta della reticenza, ndr.] egli [l'assicuratore, ndr.] non è tenuto a pagare".

La previsione consente infatti di rifiutare la liquidazione del sinistro *sic et simpliciter* evidenziando l'inesattezza o la reticenza nella dichiarazione resa in sede di stipula del contratto (polizza individuale) o di adesione allo stesso (polizza collettiva). (continua a pag. 2)



INSURANCE CONNECT su TWITTER
Seguici cliccando qui

(continua da pag. 1) Il rifiuto può essere quindi opposto ed eccepito anche in sede giudiziale, con possibilità non remote di vedere accolta una simile linea difensiva da parte del giudice. Occorre naturalmente che l'inesattezza/reticenza nella dichiarazione sia ben dimostrata, mediante documentazione medica e/o consulenza tecnica medico-legale e che essa abbia avuto rilevanza determinante nell'indurre l'assicuratore ad assumere in copertura un rischio che altrimenti avrebbe rifiutato o preso in carico dietro un premio di importo maggiore.



ORIENTAMENTI FAVOREVOLI DA PARTE DEI TRIBUNALI

Va certamente tenuto in conto che, di fronte a un'eccezione di questo tipo, l'assicurato, i suoi eredi o gli aventi diritto potranno replicare che in realtà non si possa parlare di vere e proprie inesattezze o falsità ma di semplici divergenze interpretative dovute all'assenza o a una non gravità dei sintomi accusati prima della decorrenza della copertura. Accade spesso di assistere a controdeduzioni basate sull'assunto che in realtà l'assicurato "si sentiva bene", "godeva di buona salute" o "aveva un tenore di vita assolutamente normale" o simili.

Quando però l'eccezione dell'assicuratore è ben documentata e l'inesattezza o reticenza ha assunto rilevanza determinante ai fini del consenso dell'assicuratore stesso, questi può avere, come si è detto, possibilità non trascurabili di uscire vittorioso in sede contenziosa. A tale proposito può risultare interessante, per quel che concerne la colpa grave, quanto stabilito dal tribunale di Milano, sezione XII, secondo cui: "essendo la compagnia venuta a conoscenza della reticenza delle dichiarazioni solo dopo il sinistro, ne risulta che non è tenuta, ai sensi dell'art. 1892 c.c., ad adempiere alla sua obbligazione"; orientamento condiviso anche dal tribunale di Napoli, sezione XII, secondo cui "può ritenersi sussistente la coscienza del valore determinante della dichiarazione reticente o falsa sul consenso dell'altra parte, qualora, come nel caso di specie, l'assicurato abbia avuto contezza che lo stato di salute influiva sulla validità dell'assicurazione [...] il cattivo stato di salute non può certamente ritenersi indifferente per l'assicuratore [...] è legittimo il rifiuto della compagnia convenuta di corrispondere l'indennizzo di cui è causa". Sotto altro profilo il tribunale di Velletri, sezione II, ha recentemente stabilito che: "la colpa grave può invece desumersi ex art. 2727 c.c. dalla natura degli accertamenti compiuti dall'attrice e sottaciuti all'assicuratore che certamente non potevano essere stati 'dimenticati' al momento della stipula. Poiché il contratto di assicurazione si fonda, nella descrizione del rischio sulla massima buona fede dell'assicurato, questi ha l'obbligo di riferire all'assicuratore qualsiasi circostanza astrattamente idonea ad incidere sul rischio: sicché è in colpa l'assicurato quando, [...] ometta di riferire degli accertamenti che per causa vicinanza temporale ed esami eseguiti non possano considerarsi un fatto routinario. Sussiste quindi la colpa grave dell'assicurato e la domanda [...] va dunque rigettata, non essendo tenuto l'assicuratore, a pagare l'indennizzo ai sensi dell'art. 1892 c.c.".



POLIZZE, EVITARE LE COMPILAZIONI FRETTOLOSE

Si conclude che situazioni di questo tipo risultano assai diffuse, molto più di quanto non si possa pensare. Non è raro che l'assicuratore realizzi *ex post* che la stipula della, o l'adesione alla polizza sia stata accompagnata dal rilascio da parte dell'assicurato di false dichiarazioni di buono stato di salute o dalla compilazione inesatta di questionari medici. Pertanto anche in assenza di un dolo specifico, sicuramente rilevante, semplici sviste nella compilazione o sottoscrizioni frettolose acquistano rilevanza di colpa grave e possono precludere il diritto alla liquidazione dell'indennizzo. Tale evenienza va senz'altro evidenziata all'assicurato mediante apposite avvertenze da riportare tanto nel fascicolo informativo, quanto nel certificato di polizza o modulo di adesione, senza trascurare il ruolo dell'intermediario che deve senz'altro mettere l'assicurato in condizione di comprendere, bene, quale sia l'importanza della veridicità della dichiarazione e delle conseguenze di dichiarazioni che non corrispondano al vero.

Alessandra Lucchini
Studio D'Argenio Polizzi e Associati Studio Legale

INTERMDIARI

Uniti sì, ma non a tutti i costi

L'accorpamento dei marchi e dei modelli agenziali non può essere raggiunto senza tenere conto delle diversità. E senza assicurare quella forza economica e credibilità che rendano il passaggio indolore. A ribadirlo, Bruno Coccato, presidente del gruppo agenti Cattolica



Bruno Coccato, presidente del gruppo agenti Cattolica

Nell'era delle fusioni, importanti per la crescita di tutti, vanno rispettate le diversità di ciascuno. Con questo spirito, **Bruno Coccato**, agente **Cattolica** a Piove di Sacco (Padova), presidente del gruppo aziendale Cattolica nonché socio fondatore e componente della giunta di **Anapa**, sta avviando un percorso test con l'obiettivo di arrivare ad un modello unico di agenzia. Ma sempre nell'ottica di assicurare, alle diverse reti, vantaggi tali da rendere il cambiamento indolore. Perché se il brand è importante, altrettanto lo sono le peculiarità degli agenti, su cui le compagnie devono investire di più. Soprattutto in termini di formazione.

Molte compagnie pensano di aver ottemperato al proprio dovere, facendo formazione solo sui nuovi prodotti. Tuttavia anche l'istruzione tecnica dovrebbe essere diversificata, alla luce delle nuove disposizioni di legge e dell'inesorabile avanzamento tecnologico. Quale il suo pensiero?

La formazione di prodotto è certamente indispensabile e obbligatoria, ma questo significa semplicemente ottemperare. La crescita personale e professionale delle reti è un percorso che pochissime compagnie, a mia notizia, hanno ancora completamente abbracciato. Perdendo, ovviamente, grandissime opportunità. Il futuro della nostra professione è di essere agenti-consulenti, per cui la conoscenza tecnica e legislativa è indispensabile.

Parlando di marketing, ci risulta che alcune imprese lamentino che la loro immagine verso l'esterno, cioè il loro brand, abbia una media di gradimento, o di visibilità sul mercato, più bassa di altre realtà concorrenti e tentano di attribuire la responsabilità alla rete di vendita. All'interno della compagnia da lei rappresentata, è mai accaduto?

A dire il vero no. Certo, il brand per una società di assicurazione che non vende prodotti tangibili, è importante. Vale molto, ma

altrettanto importante è l'agente che, con la sua professionalità e conoscenza del territorio, acquisisce fiducia personale della clientela, e di conseguenza diffonde il marchio.

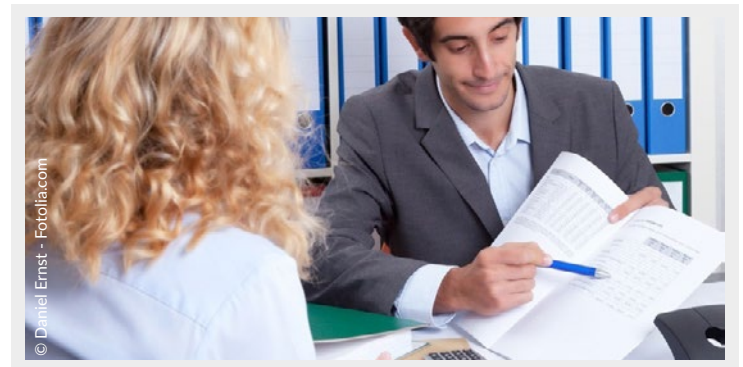
Anche Cattolica ha incorporato altri marchi. Esiste da voi un modello di agenzia unico? Lei, come presidente, ha mai progettato un'unificazione, per avere un pensiero e una gestione unica per tutti? Quale il suo pensiero sulla ricerca di soluzioni unitarie?

Abbiamo più volte cercato un modello di agenzia, ma l'esperienza insegna che l'omologazione non può essere raggiunta laddove il professionista/imprenditore è inserito in contesti eterogenei. Abbiamo comunque iniziato un percorso test con dieci agenzie, con l'ausilio di una società esterna, per una pianificazione dei processi gestionali e per il controllo del conto economico. L'unificazione dei marchi è, in prospettiva, un obiettivo cui tendere. Ma il marchio che assorbe gli altri deve riuscire a contemperare forza economica, carisma, penetrazione e credibilità, tali da rendere il passaggio assolutamente indolore.

Fondo pensione agenti: finite le diatribe fra le tre associazioni di categoria, è arrivato il commissariamento. La gestione è sempre stata affidata, in parti uguali, ad agenti e dirigenti Ania. Lei ha molta esperienza: come vede il futuro di questo problema?

Personalmente non ritengo che ci sia stata una diatriba tra le tre associazioni di categoria, poiché Anapa e **Unapass** hanno sempre avuto una linea comune finalizzata al salvataggio del fondo, evitando il deleterio commissariamento, non solo per non mettere a rischio i risparmi degli agenti di assicurazione, ma anche per evitare un grave danno di reputazione della nostra categoria professionale. Che purtroppo si è verificato, con mio profondo rammarico, nonostante l'attività perpetrata in quest'ultimo anno e mezzo.

(continua a pag. 4)





Massimo Cassano, sottosegretario al welfare

(continua da pag. 3)

Come Anapa e Unapass, unitamente all'Ania come atto di responsabilità, avevano condiviso la seconda ipotesi del piano di salvataggio presentato dal cda di Fonage, nei termini concordati, con la mediazione del sottosegretario Sen. Massimo Cassano (che prevedeva tagli mediamente del 40% per gli agenti attivi e del 30-35% per i pensionati) ritenendola l'unica strada percorribile per evitare, appunto, il commissariamento del Fondo. Come a tutti è noto, neanche l'intervento del ministero è stato utile a persuadere le posizioni più intransigenti ed è prevalso il muro contro muro, che ha rappresentato però una vittoria di Pirro per gli agenti, portati alla guerra da generali senza esercito. L'auspicio, ora, è che il commissario Ermanno Martinetto, con il suo decisionismo, sia in grado di trovare una soluzione che metta veramente la parola fine su questa brutta pagina della nostra vita professionale e sindacale, persuadendo tutte le parti sociali a un atto di responsabilità, evitando che il Fondo venga messo in liquidazione. Nel frattempo, per la prima volta dalla costituzione del Fonage, noi agenti siamo stati estromessi dalla gestione dello stesso, e anche questa non è, dal punto di vista della reputazione della categoria, una buona notizia.

In che termini si è modificata la gestione agenziale e il confronto con la mandante? Come difende i suoi iscritti?

Usando le armi che i nostri padri ci hanno insegnato: forza, determinazione, serietà e disciplina. Anche le compagnie sono fatte di uomini, e le loro richieste, molte volte assurde e certamente al limite sia del lecito che dell'etico, vanno con determinazione contrastate e condotte. Le compagnie e i manager non hanno sempre la verità in tasca: per cui periodicamente effettuo sondaggi capillari in tutte le regioni d'Italia per avere il riscontro delle obiettive difficoltà. Con i risultati di tali sondaggi ci confrontiamo in maniera diretta con la compagnia.

Carla Barin

COMPAGNIE

La selezione del personale diventa un talent

Generali Italia lancia la piattaforma per il recruiting della rete commerciale in modalità "gamification"

Testare le attitudini e le capacità dei candidati ricorrendo a un *talent* virtuale: può la selezione del personale passare attraverso il *social game*? Da qualche tempo a questa parte sì. E **Generali Italia** lancia la nuova piattaforma per il recruiting della rete commerciale con la modalità della *gamification*: sfide on line, quiz e test profilati consentiranno agli aspiranti collaboratori di dimostrare le loro capacità e di mettersi alla prova per ottenere il miglior ranking.

Con *Generali job talent*, la compagnia ricorre così alle opportunità offerte dal mondo del web, in termini non solo di networking ma anche di ricerca del personale, intercettando tempestivamente i profili potenzialmente interessanti e mettendoli virtualmente alla prova prima di conoscerli con colloqui individuali per l'inserimento nella rete commerciale delle agenzie.

Attraverso questa tecnica di selezione, Generali è convinta di poter individuare e mettere alla prova le attitudini, e simulare così i comportamenti dei candidati in ambito lavorativo.

Sono le quattro le fasi che caratterizzano *Generali job talent*. Per partecipare al gioco i candidati, devono iscriversi accedendo alla piattaforma www.generalijobtalent.it, e superare quattro livelli: *Chi sei*, *Come ti comporti*, *Cosa sai fare*, *Che rete hai*.

Ogni fase ha delle sue regole e caratteristiche. Nella fase preliminare del *Chi sei*, i partecipanti potranno presentarsi con un video-curriculum di 30 secondi, una descrizione di se stessi in 140 caratteri, oppure creando il proprio avatar personale. Poi si accederà al secondo step, *Come ti comporti*, dove saranno sondate le capacità negoziali e la predisposizione commerciale.

Nella terza fase del gioco, *Cosa sai fare*, attraverso una serie di prove saranno testate le abilità matematiche e linguistiche, nonché pazienza e precisione.

Nell'ultimo livello, infine, *Che rete hai*, il candidato potrà migliorare il proprio punteggio mostrando le sue capacità di fare *networking* e di rendere virale e *social* la piattaforma. Chi avrà più punti passerà al colloquio tradizionale in agenzia. Con il recruiting game, Generali inserirà nella rete agenziale due tipologie di figure: il *family solution planner* e il *global solution planner*. Il primo è un consulente che si occuperà di previdenza, risparmio e tutela della famiglia; il secondo, invece, dovrà essere un professionista già esperto e che vuole sviluppare il proprio portafoglio.

Renato Agalliu



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