

## LA TUTELA DEI CONSUMATORI

Tavola V.2

Esito dei reclami pervenuti all'IVASS nel 2018		
	Numero	%
Totalmente accolti dall'impresa	6.670	34,0%
Parzialmente accolti dall'impresa	2.603	13,3%
Non accolti dall'impresa	6.367	32,5%
Inviati alle imprese per la trattazione diretta in prima battuta	3.766	19,2%
Reclamo trasmesso per competenza ad altra Autorità	184	0,9%
<b>Totale</b>	<b>19.590</b>	<b>100,0%</b>

Le istruttorie definite sono relative per il 70% (oltre 13.000 posizioni) a reclami ricevuti nel 2018; la parte restante ha riguardato la chiusura di posizioni aperte l'anno precedente.

Sulla base dei reclami sono stati notificati alle imprese 1.097 atti di contestazione (1.362 nel 2017) per violazione della normativa assicurativa, che hanno riguardato per il 60% ritardi nella formulazione dell'offerta di risarcimento per sinistri *r.c. auto*, per il 16% ritardi o limitazioni nell'accesso dei danneggiati agli atti dei sinistri *r.c. auto*, per il 10% ritardi nel pagamento delle prestazioni delle polizze vita.

1.1.1. - *I reclami nei rami danni*

Il 68,3% dei reclami nel comparto danni è concentrato nel settore *r.c. auto*, in prevalenza nell'area sinistri con lamentele sui tempi di risarcimento e sulla congruità delle somme offerte.

I reclami concernenti l'area contrattuale – meno numerosi ma in crescita rispetto al 2017 (+7%) e in controtendenza rispetto al trend – riguardano principalmente il peggioramento della *classe di merito* in presenza di sinistri. Tra questi, registrano un incremento significativo (+356%, +203 reclami) i reclami per i quali il peggioramento della *classe di merito* è dovuto a “sinistri fantasma”, di cui l'assicurato è ritenuto responsabile ma non ne è al corrente o che ha disconosciuto formalmente una volta ricevuta la comunicazione di apertura e che vengono comunque liquidati dalla compagnia.

Su questo tema, particolarmente complesso, che coinvolge anche le norme privatistiche della Convenzione *CARD* tra imprese e le relative procedure tecniche per la gestione dei sinistri in regime di *risarcimento diretto*, l'Istituto si è attivato con l'*ANIA* affinché la Convenzione e le procedure tecniche siano riviste al più presto in chiave di miglioramento del servizio alla clientela.

Tavola V.3

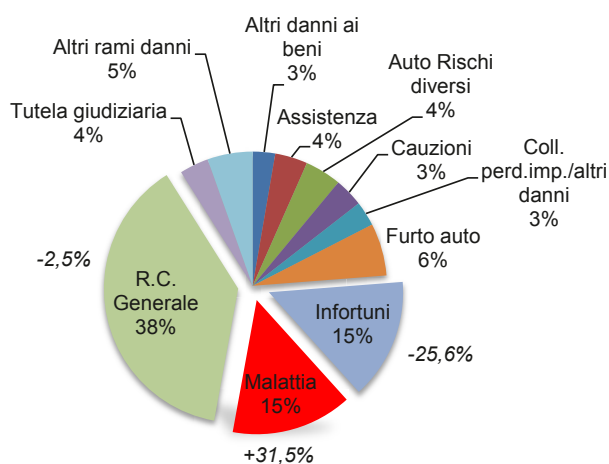
Reclami <i>r.c. auto</i> : evoluzione della distribuzione per area					
Area	2014	2015	2016	2017	2018
Sinistri	12.621	10.468	10.994	10.224	9.239
Contrattuale	3.787	2.735	1.670	1.531	1.634
Commerciale/Altro	56	36	48	99	92
<b>Totale</b>	<b>16.464</b>	<b>13.239</b>	<b>12.712</b>	<b>11.854</b>	<b>10.965</b>

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

I reclami relativi ai **rami danni** diversi dalla **r.c. auto** sono stati 5.083 ed evidenziano rispetto al 2017 una diminuzione del -9,2%, più accentuata di quella tra 2017 e 2016 (-6,5%). Nella fig. V.2 è riportata la composizione del numero dei reclami per ramo e, per i tre rami più importanti (68% del totale reclami), la variazione rispetto all'anno precedente.

**Figura V.2****Composizione dei reclami dei rami danni diversi da r.c. auto – anno 2018**

(ripartizione percentuale; per i tre rami principali è indicata la variazione percentuale rispetto all'anno precedente)



I rami non **r.c. auto** con più reclami ricevuti dall'IVASS sono **r.c. generale** (in cui rientra la **r.c. professionale**, ad esempio di medici o professionisti), **infortuni** e **malattia**: i reclami nella **r.c. generale** diminuiscono in maniera contenuta, mentre significativa è la diminuzione nel ramo **infortuni** (-252 reclami); il ramo **malattia**, in controtendenza, cresce di 146 reclami.

I reclami si concentrano principalmente nell'area sinistri (quantificazione e liquidazione dei risarcimenti, 75% del totale) e confermano la necessità per le compagnie di porre attenzione al momento del pagamento, in cui l'assicurato valuta effettivamente la qualità del servizio assicurativo. Nell'area contrattuale i reclami riguardano controversie sull'interpretazione e sull'applicazione delle condizioni di polizza.

**Tavola V.4**

Reclami altri rami danni: distribuzione per area					
	2014	2015	2016	2017	2018
Area Sinistri	4.624	4.447	4.356	4.076	3.810
Area Contrattuale, Commerciale, Altro	1.927	2.026	1.631	1.519	1.273
<b>Totale</b>	<b>6.551</b>	<b>6.473</b>	<b>5.987</b>	<b>5.595</b>	<b>5.083</b>

## LA TUTELA DEI CONSUMATORI

## 1.1.2. - I reclami nei rami vita

I reclami relativi ai **rami vita** ricevuti nel 2018 sono stati 2.284, con una riduzione del -13,3% rispetto al 2017 (-3,6% l'anno precedente).

La riduzione ha interessato sia l'area liquidativa – grazie anche a correttivi ai processi liquidativi apportati da alcune compagnie su richiesta dell'IVASS – sia l'area contrattuale (cfr. V.2.4 per ulteriori dettagli sui reclami che hanno interessato gli **intermediari assicurativi**).

Tavola V.5

Reclami rami vita: distribuzione per area					
	2014	2015	2016	2017	2018
Area Liquidazione	1.391	1.627	1.304	1.029	848
Area Contrattuale, Commerciale, Altro	1.230	1.305	1.429	1.606	1.436
<b>Totale</b>	<b>2.621</b>	<b>2.932</b>	<b>2.733</b>	<b>2.635</b>	<b>2.284</b>

## 1.2. - I reclami ricevuti dalle imprese di assicurazione

Nel 2018 le imprese di assicurazione italiane ed estere operanti in Italia hanno ricevuto dagli assicurati italiani 97.279 reclami, per lo più relativi al ramo **r.c. auto** e agli altri **rami danni**. Sono stati rivolti alle imprese italiane 83.165 reclami (-8,6% rispetto al 2017), mentre le imprese UE ne hanno ricevuti 14.114 (+9% in confronto al 2017).

Per quanto riguarda le imprese italiane, il comparto nel quale si concentra il maggior numero di reclami è sempre quello della **r.c. auto** obbligatoria (come l'anno precedente il 50% del totale). Il peso dei reclami nel settore vita si riduce dal 18,6% al 15,8%, mentre aumenta di tre punti il peso degli altri **rami danni** (dal 31,4% al 34,2%).

Se si considerano i reclami ricevuti dalle imprese UE, sono più numerose le lamentele relative ai **rami danni** diversi dalla **r.c. auto** (50,6% del totale, contro il 47,2% dell'anno precedente); in diminuzione quelle attinenti alla **r.c. auto** (che passano dal 33,6% al 30,7%) e ai **rami vita** (dal 19,2% al 18,7%).

Tavola V.6

Reclami delle imprese operanti in Italia: distribuzione per comparto (anno 2018)			
	Numero	% su totale	Var. % 2018 / 2017
R.c. auto	45.896	47,2	-8,0
Altri rami danni	35.561	36,5	-2,5
<b>Totale Danni</b>	<b>81.457</b>	<b>83,7</b>	<b>-3,7</b>
Vita	15.822	16,3	-18,3
<b>Totale</b>	<b>97.279</b>	<b>100,0</b>	<b>-6,4</b>

I reclami accolti sono stati il 28,6%, quelli transatti il 10,4%, quelli respinti il 56,4%. Il restante 4,6% risultava in fase istruttoria al 31 dicembre 2018.

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori**1.2.1. - Pubblicazione sul sito dell'IVASS dei dati sui reclami ricevuti dalle imprese*

La pubblicazione semestrale sul sito dell'IVASS del numero di reclami ricevuti dalle imprese di assicurazione continua a produrre effetti positivi per la tutela del consumatore, spingendo le imprese a confrontare i propri risultati con i *competitor* e ad adottare iniziative per migliorare la qualità del servizio.

Dal primo semestre 2018 sono pubblicati anche i reclami per le principali aree aziendali (liquidativa, commerciale e amministrativa) nei tre comparti vita, *r.c. auto* e danni non *r.c. auto*.

La rilevazione tiene conto del canale distributivo prevalente di ciascuna compagnia (agenti e broker, canale diretto o canale bancario/finanziario), per una migliore comparabilità dei dati tra categorie omogenee di compagnie.

**1.3. - Il *Contact Center* consumatori**

Il servizio di assistenza telefonica del *Contact Center* continua a rappresentare uno strumento di supporto per i cittadini offrendo orientamento in materia assicurativa nonché un utile ausilio per intercettare con rapidità problemi che necessitano di un'azione di vigilanza.

Nel 2018 sono pervenute al *Contact Center* 32.871 telefonate (30.630 nel 2017), con un incremento del 7,3% rispetto al 2017, per una media di 130 telefonate al giorno e un tempo medio di attesa per la risposta dell'operatore di 1,15 minuti.

Tavola V.7

Attività del <i>Contact Center</i> IVASS nel 2018			
Numero chiamate pervenute	32.871	Chiamate conversate in media al mese	2.459
Numero chiamate conversate	29.512	Chiamate conversate in media al giorno	130
Conversate / pervenute	90%	Tempo medio di attesa (minuti)	1:09
		Durata media di conversazione a telefonata (minuti)	4:48

Le richieste dei consumatori hanno riguardato prevalentemente chiarimenti sulla normativa assicurativa e sulle clausole contrattuali, in particolare per le polizze *r.c. auto* (49,3%) e informazioni sulla regolare autorizzazione di imprese di assicurazione (11,0%).

Per quanto riguarda le segnalazioni, la maggior parte hanno riguardato:

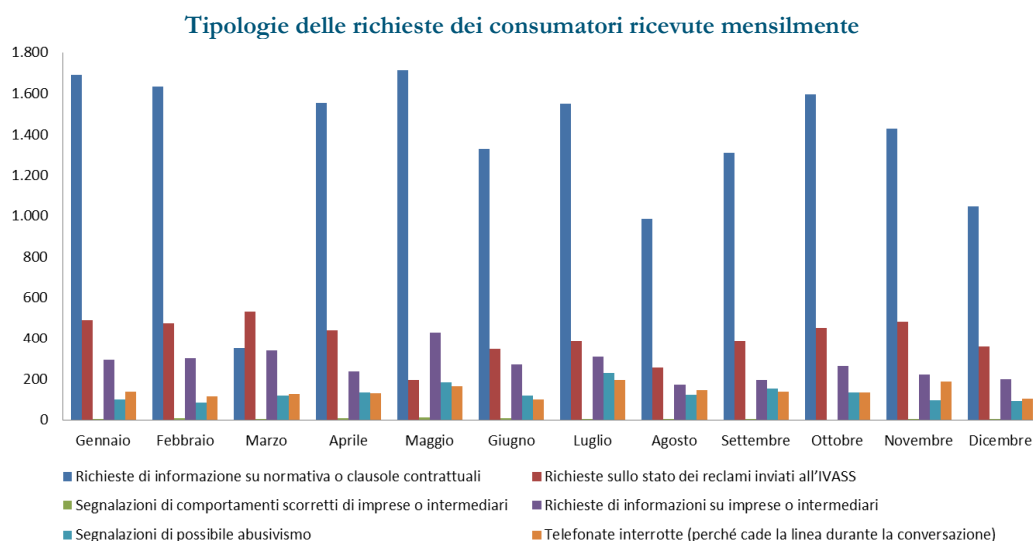
- ritardo nella restituzione del rateo di premio pagato e non goduto relativo a polizze vita o danni abbinate a mutui o finanziamenti;
- mancata o errata alimentazione della banca dati ANIA sulle coperture assicurative *r.c. auto* e sugli attestati di rischio;
- ritardi nella liquidazione di polizze vita;
- rifiuto delle imprese di risolvere i contratti abbinati alla *r.c. auto* (furto, *keasko*) non formalmente disdettati dai consumatori che decidono, a scadenza, di assicurarsi con altra compagnia.

## LA TUTELA DEI CONSUMATORI

I consumatori hanno segnalato possibili lacune normative nella disciplina della **classe di merito** universale nella **r.c. auto**, quali l'assenza di una norma che, in caso di decesso di un familiare, preveda il mantenimento della **classe di merito** del convivente. Tali problemi sono stati in gran parte risolti con il Provvedimento **IVASS** n. 72 del 16 aprile 2018.

Diverse sono state anche le telefonate di enti pubblici e delle Forze dell'Ordine per accertare l'autorizzazione di imprese assicurative nei rami cauzione e **r.c. auto**. Tali richieste hanno permesso di intercettare tempestivamente casi di abusivismo e commercializzazione di polizze contraffatte (cfr. V.1.8).

Figura V.3



#### 1.4. - La vigilanza sulla correttezza e trasparenza dei comportamenti delle imprese

L'Istituto completa l'analisi delle fonti informative esterne sui motivi di insoddisfazione della clientela attraverso elementi forniti dalle stesse compagnie di assicurazione. L'analisi dei dati sui reclami ricevuti dalle compagnie, l'identificazione delle cause alla loro radice (ad esempio disfunzioni organizzative o carenze nei processi gestionali) e proposte per la loro risoluzione formano il contenuto di una **relazione semestrale** che l'*Internal Audit* di ogni **impresa di assicurazione** sottopone al Consiglio di Amministrazione e al Collegio sindacale e che viene poi trasmessa all'**IVASS** unitamente ai commenti dei due organi sociali.

Il rapporto consente all'Istituto di valutare la capacità delle imprese di assicurazione di identificare i problemi sottesi all'insoddisfazione della clientela nonché l'efficacia delle misure di rimedio pianificate e attuate. L'**IVASS** può convocare gli esponenti aziendali per chiarimenti e, ove necessario, per chiedere di modificare o rendere più incisive le azioni pianificate o attuate, anche alla luce dei risultati in termini di riduzione del numero dei reclami.

---

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

---

*1.4.1. - Interventi sulle singole imprese*

Nel 2018 sono state inviate 19 lettere c.d. “alla radice” e disposte 23 convocazioni di esponenti di imprese di assicurazione italiane, per discutere le cause all’origine delle difficoltà rilevate dalla clientela, valutare le azioni di risoluzione pianificate o attuate dalle imprese o conoscere i risultati delle azioni già adottate (*follow-up*).

In particolare:

- sono stati condotti accertamenti ispettivi sulla liquidazione dei risarcimenti dei sinistri **r.c. auto** nei confronti di tre imprese. All’esito dell’ispezione le imprese hanno migliorato i processi, in un caso con la significativa ristrutturazione organizzativa dell’area sinistri; una impresa ha presentato un piano di rimedio che – a seguito della negativa valutazione dell’Istituto – è stato significativamente rivisto ed è in corso di attuazione sotto lo stretto monitoraggio dell’IVASS;
- in tema di gestione di sinistri **r.c. auto**, l’Istituto ha chiesto a un’impresa:
  - chiarimenti sull’invio ai danneggiati delle comunicazioni di diniego di risarcimento che, sulla base di reclami ricevuti dall’IVASS, non risultavano adeguatamente motivate; in proposito, sono emerse disfunzioni nel processo che l’impresa sta procedendo a correggere;
  - un approfondimento sulla gestione dei sinistri **CARD** in cui entrambe le controparti sono assicurate dalla medesima impresa; per tali sinistri la convenzione **CARD** prevede procedure semplificate, in ragione della coincidenza tra **impresa gestoria** e debitrice, e quindi il miglioramento della loro gestione può ridurre parte dei problemi sui “sinistri fantasma”.
- sulla **r.c. medica**, si è intervenuti sulla policy liquidativa di un’impresa specializzata i cui processi presentavano un eccessivo formalismo, che portava a dilazionare o a negare la prestazione agli assicurati, costringendo gli stessi a ricorrere sistematicamente al giudice; a seguito dell’intervento dell’IVASS, l’impresa ha rivisto completamente tale policy;
- in materia di polizze sanitarie, è stata avviata una serrata interlocuzione con un’impresa specializzata, per approfondire le cause del significativo incremento dei reclami nel 2018, molti dei quali legati a una polizza con cui è stato assicurato un primario Fondo sanitario integrativo; l’Istituto ha posto sotto osservazione la gestione dei sinistri e il grado di discrezionalità esercitato dall’impresa nell’interpretazione delle clausole contrattuali rispetto al principio di buona fede;
- è stata formalmente interessata un’impresa in relazione a una polizza infortuni, proposta contestualmente ai contratti **r.c. auto**, che conteneva una clausola di tacito rinnovo vincolante per 5 anni, prolungando la validità della polizza oltre il compimento dell’annualità riferita alla copertura **r.c. auto**; l’impresa ha modificato le condizioni di polizza e fornito alla rete distributiva istruzioni per la vendita del prodotto in chiave di trasparenza;
- a seguito della denuncia di un’associazione dei consumatori sulla lentezza nella liquidazione dei sinistri determinati dal dissesto del manto stradale a Roma, l’Istituto è intervenuto chie-

---

*LA TUTELA DEI CONSUMATORI*

---

dendo alle imprese di assicurazione e, indirettamente, al Comune di semplificare la trattazione di tali sinistri; tra gli interventi attuati, si segnala la pubblicazione sul sito del Comune di un modulo più chiaro, con l'indicazione della documentazione necessaria per l'apertura del [sinistro](#);

- a seguito di una segnalazione sulla sottoscrizione in banca da parte di una persona anziana di polizze multi-ramo complesse e inadeguate, la compagnia di assicurazione ha riscontrato malfunzionamenti nella procedura di collocamento, che non ha bloccato la vendita agli over 75, consentendo la vendita nel biennio 2014-2016 di 5.700 contratti non adeguati; l'[impresa di assicurazione](#), sollecitata dall'[IVASS](#), ha adottato un piano di rimedio, contattando i clienti per concordare l'azione di ristoro più tutelante — incluso il rimborso del premio versato — tenendo conto della situazione finanziaria aggiornata del contratto, dell'eventualità che sia nel frattempo intercorso un [sinistro](#) (es. decesso dell'assicurato, nel qual caso saranno contattati i beneficiari) e delle preferenze espresse dall'assicurato; l'Istituto provvederà al monitoraggio del piano e all'adozione delle necessarie misure correttive;
- un'impresa è stata oggetto di numerosi reclami sulla mancata attivazione della garanzia tutela legale in una polizza collettiva stipulata da una società di consulenza creditizia a favore della propria clientela; la società di consulenza offriva a persone che avevano stipulato un mutuo o prestato un servizio di perizia per dimostrare l'applicazione di tassi usurari o anatocismo, inducendo la clientela a intentare cause alle banche e dando rassicurazioni sul fatto che le spese legali sarebbero state coperte dalla polizza collettiva; l'[impresa di assicurazione](#) non ha tuttavia attivato la garanzia perché, in giudizio, le perizie si sono rivelate sistematicamente errate e la compagnia ha ritenuto vi fosse *mala gestio* da parte della società di consulenza; i reclamanti si sono quindi trovati a sostenere direttamente le spese legali; l'impresa si è conformata alla richiesta dell'[IVASS](#) di riconoscere l'operatività della copertura assicurativa a tutela dei clienti in buona fede; la società di consulenza aveva infatti agito all'oscuro degli assicurati, spingendoli ad attivare un contenzioso temerario;
- nel ramo vita, sono sotto monitoraggio tre imprese che hanno in portafoglio contratti di assicurazione stipulati molti anni fa e che stanno giungendo a scadenza, e per i quali le somme liquidate rischiano di essere inferiori o prossime al cumulo dei premi versati dai clienti, per effetto di fattori diversi per ciascuna impresa. Su richiesta dell'Istituto, le imprese si sono attivate per risalire alle cause e valutare piani di intervento a tutela degli assicurati.

#### 1.4.2. - *Interventi sull'intero mercato*

È stata effettuata una ricognizione delle condizioni contrattuali di un campione di prodotti [PPI](#) (*Payment Protection Insurance*) commercializzati da 18 compagnie, per verificare le modalità di calcolo della parte di premio non goduto da restituire all'assicurato in caso di estinzione anticipata del finanziamento sottostante alla polizza.

La verifica ha fatto emergere in alcuni casi modalità di calcolo non corrette, penalizzanti per l'assicurato. Sebbene la normativa (art. 49 del Regolamento [IVASS](#) n. 35/2010, ora art. 39 del Regolamento [IVASS](#) n. 41/2018) richieda, al fine del rimborso della parte di [premio puro](#), di considerare sia il capitale assicurato residuo sia la durata residua del contratto di assicurazione, diverse imprese calcolavano la quota in [funzione](#) della sola durata residua, con

---

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

---

una correzione che approssimava l'effettivo rapporto tra debito residuo e debito originario, comportando un minor importo da restituire all'assicurato. Diverse imprese, inoltre, non indicavano nelle condizioni di polizza la formula di calcolo ovvero, quando la indicavano, non fornivano esempi che potessero aiutare l'assicurato a verificare in autonomia l'esattezza di quanto ricevuto.

Per tutelare gli assicurati e garantire il *level playing field* tra tutte le compagnie, con Lettera al mercato del 18 dicembre 2018<sup>114</sup> l'IVASS ha chiesto a tutte le imprese di:

- verificare la correttezza delle formule utilizzate e, ove necessario, integrare le condizioni di polizza dei prodotti in commercio;
- per i contratti già stipulati, gestire le richieste di rimborso del premio non goduto sulla base dei corretti criteri di calcolo.

#### 1.4.3. - Segnalazioni ad AGCM

Nel mese di aprile 2019 è stata segnalata ad AGCM la presenza nei contratti auto (r.c. e rischi diversi) di compagnie appartenenti al medesimo gruppo di una clausola potenzialmente vessatoria in quanto vieta il ricorso alla cessione del credito. La tematica si inserisce nel più ampio contesto del controllo sui costi dei risarcimenti e delle conseguenti ricadute positive in termini di riduzione dei premi, perseguite dalle clausole contrattuali di “risarcimento in forma specifica”, in caso di ricorso a riparatori convenzionati con l'impresa di assicurazione (art. 14 del D.P.R. n. 254/2006).

## 1.5. - La vigilanza sui prodotti e sulle pratiche di vendita

### 1.5.1. - Polizze sanitarie

L'evoluzione del contesto socioeconomico del Paese (aumento della speranza di vita e conseguente invecchiamento della popolazione, peggioramento degli stili di vita con aumento del bisogno di ricorrere a prestazioni sanitarie) ha avuto ripercussioni dirette e indirette sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con riguardo al profilo finanziario e organizzativo, soprattutto in relazione alla sua capacità di soddisfare nuovi bisogni e una crescente domanda di prestazioni sociali e sanitarie.

Negli anni si è sviluppato, accanto al SSN, anche sulla base di disposizioni fiscali favorevoli, un secondo pilastro del sistema sanitario (*welfare* integrativo), gestito da imprese di assicurazione, fondi sanitari e società di mutuo soccorso (cfr. II.3). A fronte del riconoscimento di un contributo, con caratteristiche diverse a seconda del soggetto che propone il piano sanitario, i gestori sono chiamati a sostenere direttamente o rimborsare le prestazioni sanitarie fruite dagli aderenti. Le differenze tra i vari operatori sono cruciali per le tutele offerte ai pazienti, maggiori nel caso delle polizze assicurative, essendo le compagnie di assicurazione

---

<sup>114</sup> <https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/lettere/2018/lm-18-12-2/index.html>.



---

*LA TUTELA DEI CONSUMATORI*

---

soggette a requisiti patrimoniali e organizzativi e ai controlli dell'IVASS sulla solvibilità e correttezza nelle relazioni con gli assicurati.

Secondo le competenze attribuite dalla legge, l'Istituto focalizza la propria attività sulle polizze assicurative sanitarie, cioè i piani sanitari garantiti da compagnie di assicurazione. Le competenze dell'Istituto non comprendono le società di mutuo soccorso o i fondi sanitari a gestione autonoma, sottoposti a minori oneri gestionali e patrimoniali anche in ragione del fatto che non forniscono agli aderenti una garanzia per le prestazioni offerte<sup>115</sup>.

I reclami ricevuti dall'IVASS evidenziano la mancanza di consapevolezza dei consumatori/pazienti sul diverso livello di tutela dei piani sanitari emessi dai vari soggetti nel settore della sanità integrativa. L'Istituto gestisce solo i reclami legati a polizze assicurative mentre per gli altri (fondi e società di mutuo soccorso) non può che spiegare al reclamante i limiti delle proprie competenze.

Per quanto riguarda il settore assicurativo, i reclami e altre segnalazioni hanno fornito all'Istituto informazioni sulle condizioni di fruizione della sanità privata per i pazienti e di erogazione delle prestazioni per medici e case di cura, in forza delle quali è stata sviluppata un'attività di particolare rilievo per la vigilanza sulla condotta di mercato.

Si è avviato un dialogo strutturato con Associazioni dei Consumatori, Associazione delle Case di Cura Private, Ordine dei Medici e, recentemente, con l'ANIA, per individuare i temi critici nelle relazioni tra pazienti, medici, strutture, imprese di assicurazione e Fondi sanitari.

I problemi rilevati riguardano la chiarezza e intellegibilità delle clausole che regolano le coperture sanitarie offerte, individuali o collettive offerte da compagnie di assicurazione o da Fondi integrativi. I contratti sono a volte caratterizzati da eccessiva discrezionalità interpretativa e conseguente facilità di esclusione, in caso di sinistro, delle prestazioni dal novero delle coperture garantite. A tale aspetto si collega la confusione fra prestazioni identificate nei percorsi di cura pubblici e privati con nomi o codici diversi, dovuta alla mancanza di una tassonomia unica che individui inequivocabilmente le prestazioni connesse agli interventi chirurgici e ai percorsi di cura.

Un altro tema critico è rappresentato dalla molteplicità di soggetti coinvolti nella sottoscrizione delle polizze sanitarie e nel pagamento dei relativi sinistri. Nell'assoluta maggioranza dei casi, si tratta di polizze collettive, sottoscritte da un soggetto (datore di lavoro o fondo sanitario) in favore di una platea definita di utenti (dipendenti/aderenti e facoltativamente i loro familiari), in cui non c'è identità tra contraente della polizza e soggetti destinatari della prestazione sanitaria. I contratti in questione operano sovente con erogazione diretta della prestazione sanitaria presso professionisti e strutture mediche convenzionate e non con rimborso delle spese autonomamente sostenute dal consumatore. Normalmente si riscontra una convenzione tra gli operatori sanitari e un *provider* di servizi, un soggetto non

---

<sup>115</sup> Cfr. l'audizione del Segretario Generale dell'IVASS presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati tenutasi il 2 aprile 2010, [www.ivass.it/media/interviste/documenti/audizioni/2019/2019-04-02-sdp/Audizione\\_Fondi\\_Sanitari\\_Italiani.pdf](http://www.ivass.it/media/interviste/documenti/audizioni/2019/2019-04-02-sdp/Audizione_Fondi_Sanitari_Italiani.pdf).

---

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

---

vigilato che mette a disposizione dell'**impresa di assicurazione** la propria rete ed è incaricato della gestione dei sinistri nell'ambito di un contratto di *outsourcing*. L'**impresa di assicurazione** mantiene la responsabilità della gestione dei sinistri ma, data la natura tecnica della prestazione, diventa cruciale il dettaglio delle istruzioni date al *provider* per la gestione come anche l'accuratezza e la profondità dei controlli da parte dell'impresa sull'operatività del *provider*.

I *provider* tecnici, non direttamente assoggettati alla vigilanza dell'IVASS, giocano un ruolo cruciale nel corretto funzionamento del settore poiché intermediano le relazioni tra pazienti/strutture sanitarie/medici/impresе di assicurazione e regolano, di fatto, il flusso di erogazione delle prestazioni dagli operatori sanitari ai pazienti e il flusso finanziario dei compensi dall'**impresa di assicurazione** agli operatori. Sono stati pertanto organizzati incontri con una delle compagnie maggiormente attive nel settore e con il relativo *provider*, per approfondire le procedure in uso, le istruzioni fornite dalla compagnia assicurativa per l'esecuzione dell'incarico e il monitoraggio sulle attività esternalizzate.

Gli approfondimenti sono ancora in corso.

#### 1.5.2. - Product oversight and governance arrangements (POG)

Dal 1° ottobre 2018, con il recepimento della Direttiva IDD è operativo il compito dell'Istituto di accertare la conformità delle attività delle imprese di assicurazione (produttori) e degli **intermediari** assicurativi (distributori; cfr. V.2.2) a fini POG e la loro efficacia rispetto agli obiettivi di tutela del consumatore.

Si stanno definendo i metodi per la vigilanza nei confronti dei produttori e dei distributori, con una prima sperimentazione che prevede visite dell'IVASS presso alcuni gruppi assicurativi, basate su un approccio pratico per ottenere una visione concreta delle azioni intraprese dagli operatori del mercato per adattare le procedure interne alle disposizioni normative sulla POG.

In tale ambito si stanno testando le procedure di vigilanza definite tenendo conto della legislazione europea, delle attività preparatorie richieste dall'IVASS a produttori e distributori con Lettera al mercato del 4 settembre 2017 e delle linee guida per l'implementazione del processo POG redatte dall'ANIA nel 2018, ampiamente utilizzate come riferimento da molti operatori del mercato. Dopo questa fase sperimentale, le procedure saranno adottate, in via definitiva, a livello nazionale e integrate in un progetto europeo di *Market Conduct Supervisory Handbook*.

Il piano di visite ha anche lo scopo di individuare e diffondere le *best practice* di mercato, differenziate sulla base dei modelli distributivi adottati dalle compagnie di assicurazione. Finora, sono state effettuate tre visite e altre sono programmate nel 2019.

Nel 2018 si è riscontrato un primo caso di *co-manufacturing* tra un'impresa tedesca e una italiana. È in atto una stretta collaborazione con il BaFin per la definizione della vigilanza da effettuare sulla POG e per il coordinamento delle attività in virtù dell'accordo di collaborazione tra le due aziende.

---

*LA TUTELA DEI CONSUMATORI*

---

*1.5.3. - Surroga dei mutui e richiesta di polizza incendio e scoppio sulla casa*

A dicembre 2018, l'IVASS ha ricevuto da un'associazione di consumatori una segnalazione (inviata anche ad AGCM e Banca d'Italia) con i risultati di un *mystery shopping* in materia di surroga del mutuo, finalizzato a verificare il rispetto delle norme del TUB che agevolano la portabilità dei mutui, prevedendo che non siano applicati in caso di surroga nuove ipoteche, penali e oneri di qualsiasi natura.

Dall'indagine, condotta presso 13 sportelli bancari, sono emerse criticità, per lo più relative ai comportamenti sul lato bancario, ma di rilievo anche per la componente assicurativa:

- la consegna al cliente della documentazione precontrattuale con le caratteristiche e gli elementi utili per il rimborso del mutuo solo dopo aver scelto la banca e la sua offerta;
- l'imposizione, in nove casi, dell'apertura di un conto corrente presso la nuova banca sul quale domiciliare lo stipendio e l'ulteriore imposizione, in quattro casi sui nove, di una nuova polizza incendio e scoppio sull'immobile da stipularsi necessariamente presso la compagnia di Gruppo, sebbene il cliente fosse già in possesso di una polizza del medesimo tipo abbinata al mutuo;
- la richiesta, in altri sei casi, di stipulare una nuova polizza incendio e scoppio anche se non necessariamente presso la compagnia di gruppo.

Comportamenti virtuosi, sotto il profilo assicurativo, sono stati quelli di tre istituti bancari che hanno accettato la polizza preesistente con mutamento del vincolo a favore dell'Istituto subentrante.

La richiesta di sottoscrizione di nuova polizza come condizioni per la concessione della surroga, sono configurabili come pratiche commerciali scorrette ai sensi dell'art. 21, comma 3-bis Codice del Consumo, di competenza AGCM; anche la richiesta di una polizza nuova, pur se non necessariamente di gruppo, appare censurabile, considerato che il rischio di distruzione dell'immobile è già coperto da polizza, trasferibile con modifica del vincolo a favore della banca surrogante, senza necessità che il cliente sostenga nuovi e ingiustificati oneri.

L'IVASS, dopo un coordinamento con AGCM, ha avviato nel 2019 una indagine tematica su dieci banche, in qualità di distributori assicurativi, per acquisire maggiori informazioni, compresa la policy aziendale che regola la richiesta di polizza in caso di surroga del mutuo immobiliare. Sono in corso le analisi sui dati.

*1.5.4. - Le polizze dormienti*

È proseguita l'attività dell'IVASS per risvegliare le polizze vita dormienti non riscosse, che giacciono presso le imprese in attesa di **prescrizione**:

---

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

---

- dopo le azioni che hanno portato agli inizi del 2018 a risvegliare 187.493 polizze, per 3,5 miliardi di euro, sono proseguiti gli accertamenti delle imprese italiane sulle 900.000 polizze ancora da indagare a maggio 2018 e, tra queste, sono state identificate come da riscuotere 21.370 polizze per 335 milioni di euro<sup>116</sup>;
- a maggio 2019 sono pervenuti i dati relativi a una ulteriore tranches di polizze potenzialmente dormienti più risalenti nel tempo (scadenze 2001-2006) e di polizze scadute nel 2017: da un primo esame dei dati sono emerse ulteriori 39.000 polizze circa per 533 milioni di euro, che andranno pagate ai beneficiari, portando complessivamente, il numero di polizze risvegliate dalle imprese italiane dall'avvio dell'indagine ad almeno 248.000 polizze per un totale di 4,4 miliardi di euro;
- a settembre 2018 è stato chiesto a 83 compagnie estere operanti in Italia<sup>117</sup> di analizzare le polizze scadute nel 2001-2017 e quelle senza scadenza contrattuale (a vita intera) in vigore al 31 dicembre 2018 e di trasmettere all'IVASS i codici fiscali degli assicurati per i quali non vi è certezza dell'esistenza in vita, da incrociare con i decessi censiti dall'Anagrafe Tributaria. Una prima analisi su 5,1 milioni di codici fiscali trasmessi da 35 imprese ha consentito di rilevare 144.000 decessi segnalati alle compagnie che devono ora verificare l'effettiva dormienza e rintracciare i beneficiari;
- l'IVASS ha comunicato al MEF, per la verifica del corretto adempimento di conferimento al Fondo rapporti dormienti, i dati relativi alle polizze prescritte<sup>118</sup> finora emerse (6.425 polizze per 54 milioni di euro stimati);
- sono stati analizzati i piani di azione delle compagnie italiane per prevenire il fenomeno della dormienza. In alcuni casi l'IVASS ha richiesto integrazioni ai piani. Tra i presidi introdotti, sono stati rafforzati i processi per l'accertamento dei decessi degli assicurati, anche attraverso verifiche incrociate con data base della società, del gruppo, degli intermediari e delle banche partner, e sono state intensificate le comunicazioni ai clienti per ricordare l'esistenza della polizza e migliorata la modulistica per la raccolta dei dati relativi ai beneficiari in fase di stipulazione delle nuove polizze.

Accogliendo la proposta dell'IVASS, il D.L. n. 119 del 23 ottobre 2018 (cfr. III.3.2.1)<sup>119</sup> previene in via strutturale il fenomeno delle polizze dormienti, introducendo, con modifica all'art. 3 del D.P.R. 22 giugno 2007, n. 116, l'obbligo per le imprese di assicurazione italiane ed estere che operano in Italia di verificare entro il 31 dicembre di ogni anno, con la cooperazione informatica dell'Agenzia delle Entrate, l'esistenza in vita degli assicurati di polizze vita e infortuni e di attivarsi per la liquidazione delle somme ai beneficiari in caso di decesso.

---

<sup>116</sup> [www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/documenti/2019/Report\\_dormienti\\_aggiornamento\\_al\\_31.1.19.pdf](http://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/documenti/2019/Report_dormienti_aggiornamento_al_31.1.19.pdf)

<sup>117</sup> Lettera al mercato del 25 settembre 2018; [www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/lettere/2018/lm-25-09/Lettera\\_dormienti\\_estere\\_prot\\_214980\\_del\\_25\\_settembre\\_2018.pdf](http://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/lettere/2018/lm-25-09/Lettera_dormienti_estere_prot_214980_del_25_settembre_2018.pdf).

<sup>118</sup> Polizze per le quali il decesso dell'assicurato è avvenuto tra il 28 ottobre 2007 e il 19 ottobre 2010 senza che le imprese ne avessero notizia.

<sup>119</sup> Convertito con L. n. 136 del 17 dicembre 2018, che ha modificato il D.P.R. n. 116 del 22 giugno 2007.

---

*LA TUTELA DEI CONSUMATORI*

---

Entro il 31 marzo dell'anno successivo le compagnie riferiscono all'IVASS in merito ai pagamenti effettuati<sup>120</sup>. L'IVASS, con l'opportuna collaborazione con l'Agenzia delle Entrate, verifica gli adempimenti delle imprese, irrogando se necessario le relative sanzioni amministrative. Con il futuro completamento dell'Anagrafe nazionale della popolazione residente (ANPR), le imprese di assicurazione dovranno consultare la banca dati obbligatoriamente almeno una volta l'anno.

*1.5.5. - Semplificazione dei contratti*

Con le Lettere al mercato del 14 marzo e del 18 aprile 2018 indirizzate rispettivamente alle imprese italiane ed estere, l'IVASS:

- ha invitato le imprese ad aderire alle Linee guida per la semplificazione dei contratti assicurativi, elaborate dal Tavolo tecnico coordinato dall'ANIA con la partecipazione delle principali associazioni dei consumatori e degli intermediari;
- ha indicato la tempistica delle revisioni dei contratti già in commercio e dei contratti di nuova commercializzazione, con invito ad apporre sulla copertina di ciascun prodotto l'indicazione di conformità alle Linee Guida;
- ha chiesto di comunicare trimestralmente, dal 1° gennaio 2019 e fino al completamento del processo di revisione, i prodotti allineati alle Linee Guida, anche per consentire all'Istituto di darne informativa nel sito. Al 31 marzo 2019, 31 imprese<sup>121</sup> hanno comunicato all'IVASS la redazione o la revisione di 66 contratti, dei quali 18 relativi a rami vita e 48 a rami danni (inclusi due PPI).

In 22 prodotti sinora esaminati si rileva che gli interventi hanno determinato, nella generalità dei casi, l'allineamento solo formale alle indicazioni delle Linee Guida (struttura, caratteri grafici, box esemplificativi), ma non sono risultati altrettanto adeguati in termini di chiarezza del linguaggio, semplicità dei termini utilizzati, eliminazione di ridondanze, rinvii e ripetizioni.

Anche nei casi in cui lo sforzo di revisione è stato più apprezzabile, non può dirsi raggiunta la sostanziale semplificazione dei testi contrattuali e del disegno dei prodotti.

Sono allo studio possibili ulteriori iniziative sul tema.

*1.5.6. - Le polizze decorrelate*

È proseguita la collaborazione con l'AGCM sulle polizze decorrelate, a copertura di rischi malattia, infortuni, invalidità, abitazione e morte, vendute da intermediari finanziari a chi richiede prestiti personali, senza connessione con il finanziamento e spesso senza consapevolezza degli acquirenti.

---

<sup>120</sup> La prima verifica andrà effettuata dalle imprese entro il 31 dicembre 2019.

<sup>121</sup> 22 italiane e 9 estere.

---

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

---

Da una indagine dell'IVASS su tali polizze era emerso un possibile fenomeno di vendita aggressiva, con le società finanziarie che per l'erogazione del finanziamento imponevano la sottoscrizione della polizza, con un premio da pagare unico, anticipato e finanziato dall'intermediario, che riceveva quindi gli interessi, oltre che sul prestito, anche sul premio finanziato.

L'indagine ha confermato il pregiudizio per i consumatori, a dispetto del livello di penetrazione, pari all'incidenza dei prestiti con polizze associate sul totale prestiti, ancora contenuto (tra il 2,2% e il 19,4% tra gennaio 2015 e giugno 2017 per due dei tre intermediari coinvolti), in quanto è emerso che:

- le polizze erano destinate esclusivamente all'abbinamento con il prestito (in alcuni casi l'esclusione della vendita *stand-alone* si rileva dalla stessa documentazione contrattuale);
- nel collocare le polizze unitamente all'erogazione del finanziamento, le società finanziarie percepivano elevate provvigioni (30-70% del premio) oltre agli interessi sul prestito, incrementati per l'inclusione nel finanziamento del premio;
- il valore economico delle polizze e la consapevolezza dei consumatori sulla loro esistenza erano molto bassi, come dimostrato dal rapporto sinistri su premi, mai superiore nel periodo di riferimento (2015-2017) al 10% e per alcuni prodotti all'1%;
- la percentuale dei sinistri chiusi senza liquidazione sui sinistri denunciati era rilevante (37%).

I risultati dell'indagine sono stati portati all'attenzione dell'AGCM che ha avviato procedimenti per pratica commerciale aggressiva a carico di tre società finanziarie e per pratica commerciale scorretta a carico di nove imprese di assicurazione partner (di cui sei imprese UE).

L'IVASS e l'AGCM hanno condiviso nel corso dell'istruttoria che l'approccio da seguire per risolvere i problemi emersi dovesse andare oltre il mero rafforzamento della trasparenza contrattuale richiedendo una netta separazione tra la polizza e il finanziamento sia dal punto di vista temporale (momento della stipula) sia economico (pagamento del premio).

I primi due procedimenti sono stati chiusi ad aprile 2019 con l'adozione da parte dell'AGCM di provvedimenti<sup>122</sup> con i quali, sentito il parere dell'IVASS e della Banca d'Italia, sono stati resi obbligatori per gli operatori coinvolti gli impegni proposti. Il terzo procedimento è in corso di definizione.

Gli impegni presentati da tali operatori prevedono per il futuro:

- l'esclusione della possibilità di stipulare contestualmente al finanziamento la polizza, dovendo decorrere tra le due sottoscrizioni un lasso di tempo di almeno sette giorni;

---

<sup>122</sup> Provvedimenti n. 27606 e Provvedimento n. 27607 pubblicati sul Bollettino AGCM anno XXIX n. 14 dell'8 aprile 2019.

---

*LA TUTELA DEI CONSUMATORI*

---

- l'eliminazione della possibilità di includere il premio della polizza nella rata del finanziamento;
- l'estensione a 60 giorni dalla stipula del diritto di recesso iniziale;
- la possibilità per il consumatore di chiedere la cessazione della polizza in qualunque momento, con rimborso della quota parte di premio per il periodo di assicurazione non goduto;
- una maggiore trasparenza nella documentazione precontrattuale e contrattuale sulla natura facoltativa della polizza rispetto al finanziamento, da ribadire attraverso una lettera da inviare annualmente alla clientela (*awareness letter*) che si aggiunge alla *welcome letter* ricevuta dal cliente dopo la stipula della polizza;
- un rafforzamento della formazione e dei controlli sulla rete di vendita;

e per le polizze in essere:

- l'invio a tutti i clienti che hanno acquistato una polizza prima dell'attuazione delle misure indicate in precedenza di una *informative letter* con un riepilogo delle caratteristiche più importanti del prodotto assicurativo e l'indicazione che, qualora il cliente non abbia compreso che la polizza sottoscritta era facoltativa e non connessa al finanziamento, ha la possibilità di ottenere la cessazione della polizza e il rimborso del rateo di premio non goduto dalla relativa richiesta;
- la possibilità per i clienti che prima dell'attuazione delle misure indicate in precedenza abbiano presentato un reclamo, lamentando di non aver compreso che la polizza sottoscritta era facoltativa e non connessa al finanziamento e il cui reclamo sia stato rigettato, di ottenere il rimborso del rateo di premio non goduto a far data dalla presentazione del reclamo.

#### 1.5.7. - *Le polizze di assicurazione viaggio*

L'IVASS sta partecipando alla indagine tematica lanciata da EIOPA a luglio 2018 in materia di polizze viaggio, per valutare se vi siano rischi comuni ai diversi mercati europei in grado di creare detrimento ai consumatori o generare barriere al funzionamento del mercato.

Le informazioni utili ai fini dell'indagine (tipologie di polizze e loro caratteristiche, sinistri, provvigioni, pratiche distributive, reclami) sono state raccolte da un campione di imprese individuato sulla base dei criteri di rappresentatività forniti da EIOPA.

Dalle risposte fornite dalle imprese nel campione italiano (15, di cui 9 italiane e 5 UE operanti in Italia) è emerso:

- un peso significativo nel mercato italiano delle polizze viaggio delle imprese di altri stati UE operanti in Italia, che coprono il 46% della produzione complessiva campionata;

---

*L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori*

---

- un livello medio contenuto del *claim ratio*<sup>123</sup> (38%), possibile indice di una scarsa consapevolezza del consumatore circa l'acquisto della polizza o di un limitato valore economico delle polizze per la presenza di esclusioni o limitazioni nella copertura che riducono il numero di sinistri pagati;
- un livello medio elevato dei caricamenti per provvigioni e altre spese<sup>124</sup> (46%);
- un livello medio elevato dei reclami su premi lordi (pari a 5,3 reclami per milioni di euro in premi), a fronte di una media generale nei **rami danni non r.c. auto** pari nel 2017 a 2,3 per le imprese italiane e a 3,1 per le imprese **UE** operanti in Italia.

L'IVASS ha avviato iniziative di vigilanza nei confronti delle imprese per le quali sono emersi i dati più critici.

#### 1.5.8. - *Analisi dei trend dell'offerta*

L'analisi semestrale dell'IVASS sulle tendenze dell'offerta dei **prodotti assicurativi**<sup>125</sup> ha mostrato che nel 2018 il settore danni si è caratterizzato per il consolidamento di tendenze già in atto nel 2017:

- l'innovazione tecnologica come uno dei fattori propulsori dei cambiamenti nei prodotti e nelle interazioni tra compagnie e consumatori. Molti sono stati i nuovi prodotti e servizi in chiave digitale lanciati, soprattutto nell'ambito dei settori salute, casa e mobilità (sia viaggi che **r.c. auto**);
- l'*instant insurance*, con micro-polizze che consentono al cliente di attivare, attraverso *smartphone* o *web*, coperture assicurative per brevi periodi e limitati importi nel momento in cui sorge l'esigenza. Si spazia dalla copertura dei rischi in occasione di pratiche amatoriali sportive, viaggi, alla tutela degli animali domestici, a esigenze legate alla *sharing mobility*;
- la diffusione di soluzioni assicurative a “ombrello”, di tipo modulare che offrono ai clienti la possibilità di includere o escludere nel tempo, attraverso configuratori online e modalità interattive analoghe al carrello elettronico, garanzie assicurative prevalentemente orientate alla protezione della casa e della famiglia; un unico contratto flessibile consente di adattare le coperture assicurative all'evolversi delle esigenze.

Nella **r.c. auto**, da tempo caratterizzata in Italia dalla presenza di auto connesse dotate di scatole nere o altri dispositivi elettronici, si è rilevata la crescente diffusione di tariffe comportamentali, in cui il premio al rinnovo è calcolato sulla base di algoritmi che valutano lo stile di guida del conducente.

---

<sup>123</sup> Pari al rapporto tra i sinistri pagati e i premi contabilizzati nel periodo di riferimento (2017).

<sup>124</sup> Pari alla somma del *commission ratio* (rapporto tra i caricamenti per le spese sostenute per la rete distributiva e i premi lordi contabilizzati) e dell'*expense ratio* (rapporto tra i caricamenti per spese diverse e premi lordi contabilizzati).

<sup>125</sup> [www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/altre-pubblicazioni/2018/prodotti-i-sem2018/index.html](http://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/altre-pubblicazioni/2018/prodotti-i-sem2018/index.html) e [www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/altre-pubblicazioni/2019/prodotti-ii-sem-18/index.htm](http://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/altre-pubblicazioni/2019/prodotti-ii-sem-18/index.htm).