riassicurative, fusioni per incorporazione, scissioni e trasferimenti di portafoglio assicurativo e hanno comportato, in alcuni casi, la variazione degli assetti proprietari delle imprese.

L'Istituto ha emanato 15 provvedimenti di autorizzazione di operazioni straordinarie, di cui 8 relativi a fusioni tra imprese assicurative o con imprese strumentali, 2 relativi ad operazioni di scissione e i restanti 5 relativi a trasferimenti di portafoglio assicurativo, di cui 1 conseguente a fusione transfrontaliera.

Fusioni e scissioni

Un'operazione di fusione ha riguardato l'incorporazione di due imprese multiramo e una holding. Le altre hanno determinato l'incorporazione di due imprese operanti nei rami danni, di una impresa operante nei rami vita, di una impresa multiramo e di tre società di servizi controllate.

Le operazioni di scissione hanno riguardato imprese facenti parte del medesimo gruppo e si sono concretizzate nel conferimento mediante scorporo di ramo d'azienda.

Si è conclusa nell'anno l'istruttoria relativa all'operazione di fusione per incorporazione di Unipol Assicurazioni, Milano Assicurazioni e Premafin Finanziaria in Fondiaria-Sai, che ha cambiato denominazione in UnipolSai Assicurazioni. L'operazione è stata autorizzata con provvedimento IVASS del 25 luglio 2013. In considerazione della complessità operativa e dimensionale della nuova entità post-fusione e con l'obiettivo di perseguire nel tempo una maggiore efficienza della gestione e un rafforzamento dei controlli interni, l'Istituto ha indirizzato alla società incorporante una lettera con la quale sono stati richiesti, tra l'altro, interventi in tema di *governance*, adeguati criteri nella distribuzione degli utili, rafforzamento di procedure e controlli in talune aree, inclusi gli investimenti in titoli strutturati relativamente ai quali è stato richiesto di cogliere tempestivamente le opportunità di semplificazione ed alleggerimento del comparto che risulta in parte già riscontrata a fine 2013. Alla fine di ottobre le assemblee straordinarie delle imprese coinvolte hanno approvato la fusione, che ha avuto effetto civilistico dal 6 gennaio 2014 ed effetto contabile e fiscale 1° gennaio 2014.
Nel 2013 è stata inoltre seguita l'importante riorganizzazione intrapresa dal gruppo Generali, volta a modificare il proprio modello organizzativo al fine di ottenere una maggiore integrazione dei processi delle imprese controllate e una più chiara attribuzione delle responsabilità.

Trasferimenti di portafoglio

L'Istituto ha autorizzato cinque operazioni di trasferimento di portafoglio. Di queste, due hanno riguardato il trasferimento dei rami d'azienda danni e vita di un'impresa multiramo a due imprese del medesimo gruppo e hanno comportato la decadenza della cedente dall'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa.

È stato inoltre autorizzato il trasferimento di portafoglio assicurativo di un'impresa italiana coinvolta in un'operazione di fusione per incorporazione in un'impresa avente sede in un altro Stato membro. A seguito di tale operazione l'impresa ha continuato ad operare senza soluzione di continuità in Italia in regime di stabilimento, mantenendo la medesima struttura dell'impresa incorporata.

Sono stati infine autorizzati due trasferimenti parziali di portafoglio.

Assunzione di partecipazioni

Sono stati emanati quattro provvedimenti di autorizzazione all'assunzione di partecipazioni di controllo o rilevanti in imprese assicurative ai sensi dell'art. 68 del d.lgs. 209/2005 e sei provvedimenti di autorizzazione all'acquisizione di partecipazioni di controllo da parte di imprese di assicurazione ai sensi dell'art. 79 del medesimo decreto. L'Istituto ha inoltre emanato un provvedimento di diniego all'acquisizione di una partecipazione di controllo in un'impresa assicurativa.

Operazioni infragruppo

L'Istituto ha valutato preventivamente 18 operazioni infragruppo: le principali hanno riguardato operazioni di finanziamento, prestazione di garanzie, acquisizione di partecipazioni, compravendita di immobili o titoli, rinegoziazione di condizioni contrattuali.

Gestioni separate e fondi interni

Nel complesso l'Istituto ha esaminato sette operazioni di fusione, di cui cinque relative a gestioni separate e due a fondi interni.

Autorizzazioni all'esercizio dell'attività

È stata rilasciata una autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa nei rami vita e due autorizzazioni all'estensione dell'esercizio dell'attività assicurativa in alcuni rami danni.

L'Istituto ha dichiarato la decadenza dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa di una società multiramo a seguito del trasferimento totale del portafoglio nonché la decadenza dell'autorizzazione all'esercizio di alcuni rami per sei società a seguito della rinuncia avanzata dalle stesse.

Sono infine pervenute cinque comunicazioni relative all'intenzione di imprese italiane operare in un altro stato membro e due relative all'intenzione di operare in Stati terzi in regime di libera prestazione di servizi.

6. - La vigilanza ispettiva

6.1 - Compagnie assicurative

Nel 2013 sono stati effettuati 18 accertamenti su compagnie assicurative. In particolare una verifica su un'impresa di piccole dimensioni è stata ad ampio spettro e sono stati eseguiti due *follow-up*, per valutare il superamento delle carenze riscontrate in passati accessi.

Le ulteriori verifiche, riguardanti singole aree di rischio o determinate funzioni, hanno avuto ad oggetto le seguenti aree:

- i sistemi di governo e controllo: attraverso l'esame dei profili di *governance* e delle funzioni di controllo;

- il rischio mercato: con particolare riferimento all'analisi degli investimenti e della gestione finanziaria;
- la non conformità alle norme: incentrato sulla verifica degli attivi a copertura delle riserve tecniche;
- il rischio di riservazione: analisi delle principali componenti del rischio e verifica dell'adeguatezza delle riserve sinistri;
- il rischio di riassicurazione: con specifico riferimento al piano delle cessioni e agli accordi di riassicurazione;
- le procedure dell'area sinistri, la gestione e liquidazione degli stessi;
- l'assunzione e la liquidazione delle coperture assicurative abbinate a prestiti;
- l'attività anti-frode e la banca dati sinistri.

L'attività di vigilanza è stata contrassegnata, nella prima parte dell'anno, dalla necessità di acquisire robusti elementi informativi sulle aziende coinvolte nel progetto di integrazione tra i gruppi Unipol e Fondiaria-Sai anche per mettere a fuoco gli ambiti di rafforzamento della gestione e dei controlli interni, oggetto di prescrizioni all'impresa incorporante in sede di autorizzazione dell'operazione.

L'azione ispettiva si è poi dispiegata sulla base dei criteri di pianificazione e metodologici introdotti dalle nuove linee guida che l'Istituto ha adottato, a partire dal mese di febbraio, nell'ambito di un processo di convergenza con gli standard affermatisi nella vigilanza bancaria e grazie alla ricostituzione, nel mese di giugno, di un Servizio Ispettorato con piene attribuzioni. Le principali innovazioni hanno riguardato l'approccio *risk based* dell'analisi ispettiva, focalizzato sull'analisi dei rischi e la natura dei presidi adottati per il controllo degli stessi.

L'attività ispettiva è stata ispirata a principi di trasparenza e confronto con gli esponenti aziendali; tale obiettivo è stato conseguito attraverso la rappresentazione - in apposite sedute degli organi di gestione e controllo - del risultato delle verifiche nonché delle disfunzioni riscontrate.

Si è, inoltre, provveduto a snellire le procedure prevedendo la contestuale notifica, in sede di consegna delle relazioni ispettive, degli eventuali atti di contestazione di avvio del procedimento sanzionatorio nonché delle richieste di interventi sulla situazione aziendale, di natura gestionale e/o di carattere patrimoniale, nei casi di disfunzioni di maggiore gravità che richiedono l'adozione di tempestive misure correttive.

Gli accessi hanno messo in luce, nella metà dei casi, importanti criticità ricollegabili a carenze di *governance*, che hanno prodotto ricadute sull'esposizione ai rischi e nei rapporti con la clientela. In numerosi casi sono stati avviati procedimenti sanzionatori; per un'impresa si è reso necessario un intervento di situazione aziendale contestuale alla consegna del rapporto ispettivo.

Da ultimo, sono stati avviati accertamenti su due primari gruppi assicurativi, uno a spettro esteso e l'altro orientato a valutare l'attività di direzione e coordinamento sulla gestione dei rischi e degli investimenti finanziari. Da entrambi gli accertamenti, che si sono conclusi nei primi mesi di quest'anno, sono scaturite valutazioni di ordine sfavorevole.

6.2 - Intermediari assicurativi

Gli accertamenti *on site* sono stati effettuati nei confronti di 11 soggetti iscritti nel RUI, distribuiti nelle seguenti sezioni:

Tavola III.1	
Tipologia di intermediario	**Numero**
Agenti (sez. A)	2
Broker (sez. B)	**5**
Banche/finanziarie (sez. D)	3
Collaboratori (sez. E)	**1**
Totale	**11**

I principali fenomeni osservati ed interventi adottati hanno riguardato:

- le coperture assicurative abbinate a mutui, prestiti e finanziamenti (prodotti PPI- *Personal Protection Insurance)* nei tre casi di intermediari iscritti alla sezione D.
- Si tratta di pacchetti assicurativi multigaranzia (c.d. *bundle*), stipulati in forma di polizza collettiva con contraente l'intermediario finanziario, composti da una copertura temporanea caso morte a capitale decrescente a cui si aggiungono una o più garanzie complementari quali ad esempio l'invalidità temporanea totale e/o permanente, la malattia grave e la perdita d'impiego.
- Le modalità di collocamento di tali prodotti, effettuato da primarie banche e società finanziarie, in quanto intermediari iscritti alla sezione D del RUI, ha messo in luce prassi diffuse di mancata acquisizione delle informazioni necessarie alla valutazione di adeguatezza dei contratti assicurativi offerti ai singoli clienti;
- la distribuzione di prodotti assicurativi di imprese estere operanti in Italia in libera prestazione di servizi, principalmente nel settore delle polizze fideiussorie.
- Meritano particolare menzione tre interventi ispettivi presso broker (due dei quali svolti con l'ausilio della Guardia di Finanza) che hanno collocato prodotti di imprese con sede legale in paesi dell'Est Europa nella cui condotta sono ravvisabili violazioni delle disposizioni sull'intermediazione assicurativa per quanto riguarda:
  - ✓ l'utilizzo del conto separato per operazioni estranee all'attività assicurativa;
  - ✓ carenze nell'informativa precontrattuale in ordine ai poteri d'incasso dei premi.

In cinque casi le più frequenti tipologie di violazioni, oltre a quelle già sopra evidenziate, hanno riguardato:

- la mancata conservazione della documentazione comprovante il rispetto degli obblighi di adeguatezza dei contratti offerti;
- il versamento dei premi su conti correnti privi dei requisiti della separatezza;
- l'omesso adempimento degli obblighi di comunicazione all'Istituto in tema di collaborazioni.

6.3 - Antiriciclaggio

L'attività ispettiva in materia di rispetto della normativa antiriciclaggio e antiterrorismo ha riguardato sei imprese.

Le tipologie di violazioni riscontrate sono relative a:

- l'incompletezza dell'attività di profilatura della clientela, in quanto effettuata utilizzando le sole informazioni ricavate dall'Archivio Unico Informatico (di seguito AUI) o presenti negli archivi anagrafici;
- i ritardi nell'acquisizione dei questionari di adeguata verifica della clientela, soprattutto in relazione ai cambi del contraente delle polizze;
- il superamento dei limiti temporali massimi fissati dalla normativa per le registrazioni nell'AUI;
- la criticità nel sistema dei controlli interni (due casi) in ordine a:
  - la mancata formale approvazione nell'organigramma/funzionigramma aziendale;
  - la mancata integrazione dei contratti/accordi di collaborazione con gli intermediari costituenti la rete distributiva, con l'introduzione di regole di comportamento cui gli stessi devono attenersi;
  - la mancata adozione delle procedure interne finalizzate ad evitare il coinvolgimento inconsapevole in fatti di riciclaggio;
  - i controlli sull'attività antiriciclaggio oggetto di esternalizzazione;
  - la mancata programmazione/effettuazione di *audit* da parte della funzione di revisione interna;
- il non corretto funzionamento del flusso informatico di rilevazione delle anomalie;
- la carente attività di formazione.

Agli accertamenti hanno fatto seguito:
- una segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria relativamente all'accertamento di disfunzioni nella registrazione nell'AUI quanto alla qualità dei dati statistici aggregati;
- due contestazioni di violazioni assoggettate a sanzioni amministrative, relativamente alle modalità di registrazione nell'AUI ed all'organizzazione dei controlli interni;
- due segnalazioni per fattispecie penalmente rilevanti.

7. - Le liquidazioni coatte

Nel corso del 2013 è stato pubblicato il nuovo Regolamento (n. 4 del 17 dicembre 2013) in materia di liquidazione coatta amministrativa delle imprese di assicurazione, al fine di dotare i commissari liquidatori di una maggiore autonomia operativa nell'ottica di ridurre la durata delle procedure di liquidazione (cfr. Cap. II, par. 3.1.3).

L'Istituto ha inoltre emanato le Linee guida per la nomina degli organi delle imprese in liquidazione coatta amministrativa ed il Codice Deontologico per i componenti degli organi delle procedure di gestione della crisi e degli organi delle imprese in liquidazione coatta amministrativa.

Alla fine del 2013 le procedure di liquidazione coatta amministrativa di imprese con sede legale in Italia tuttora in corso risultano essere 60 (48 imprese assicurative o facenti parte di un gruppo assicurativo e 12 società del gruppo Previdenza).

Nel periodo sono giunte a chiusura le procedure di liquidazione della Saer s.p.a. e Palatina s.p.a..

Nel 2013 sono state poste in liquidazione da parte delle competenti autorità di vigilanza, le imprese Lemma Europe Insurance Company Ltd, De Vert Insurance Company Ltd, Hill Insurance Company Ltd (società con sede in Gibilterra) ed AIM Általànos Biztositò Zrtche (società ungherese) che esercitavano in Italia in regime di libera prestazione di servizi nei rami danni.

Per quanto concerne le imprese in liquidazione coatta amministrativa che operavano nel settore r.c. auto, dai dati trasmessi dalla Consap - Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, risultano corrisposti nell'anno 2013 indennizzi per 51,6 milioni di euro così ripartiti:

47,8 milioni di euro per sinistri liquidati dalle imprese designate;
3,3 milioni di euro per sinistri liquidati dai commissari liquidatori;
0,5 milioni di euro per sinistri liquidati dalle imprese cessionarie.

L'IVASS ha inoltre autorizzato l'erogazione di somme ai creditori delle liquidazioni a titolo di acconto ovvero a fronte di precedenti accantonamenti nei piani di riparto, nonché il deposito presso le cancellerie dei tribunali competenti per territorio di un piano di riparto parziale (Compagnia di Firenze) e di un riparto finale (Previdenza e Sicurtà).

La distribuzione degli attivi ai creditori, complessivamente autorizzata nell'anno, ammonta a 37,4 milioni di euro, di cui 32,2 milioni di euro in favore degli assicurati, dei danneggiati e di chi, avendo risarcito il danno, è surrogato nel diritto di quest'ultimi (Consap e imprese designate).

Il Servizio Liquidazioni ha predisposto gli atti di nomina di 13 nuovi commissari liquidatori e 23 componenti dei comitati di sorveglianza e gli atti di rinnovo di 17 commissari liquidatori e 66 componenti dei comitati di sorveglianza venuti a scadenza nel 2013.

In relazione alle intese con la Consap per favorire la chiusura delle procedure liquidative, nel 2013 sono state rilasciate le autorizzazioni alla stipula di un contratto per la cessione dei residui crediti di natura fiscale (Saer s.p.a.) e di un accordo volto a coadiuvare il commissario liquidatore della Previdenza e Sicurtà nei pagamenti ai creditori che al termine della procedura risultino irreperibili.

IV - LA TUTELA DEI CONSUMATORI

1. - L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

1.1 - I reclami dei consumatori

Molte delle iniziative di vigilanza a tutela dei consumatori hanno tratto origine dalle segnalazioni dei cittadini. Nel 2013 sono pervenuti 26.634 reclami nei confronti delle imprese, in ulteriore calo (-14,8%) rispetto alla diminuzione già registrata nel 2012 (-5,6%). Il decremento è in larga misura imputabile al comparto danni, e in particolare al settore r.c. auto, anche per effetto della riduzione del numero dei sinistri del ramo, ai quali è storicamente collegato il maggior numero di reclami (per ritardi e disfunzione nell'offerta del risarcimento al danneggiato).

Tavola IV.1 - Reclami : distribuzione per comparto

Anno	Danni	Vita	Totale
2013	24.037	2.597	26.634
Variazione 2013/2012	-16,0%	-2,2%	-14,8%

I reclami nei rami danni

Sono stati trattati 17.462 reclami r.c. auto, pari al 66% del totale, con una consistente riduzione rispetto al 2012 (-20,5%). La prevalenza dei reclami continua a riguardare ritardi e inefficienze nell'area sinistri (72,8%). Nei casi di accertata violazione dei tempi di offerta previsti dal Codice delle Assicurazioni sono stati notificati alle imprese i relativi atti di contestazione ai fini dell'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie (n. 1.500 nel 2013).

Si è inoltre intervenuti su alcuni sinistri di particolare gravità, con conseguenze mortali o con rilevanti danni alla persona, per i quali sono state riscontrate carenze o incongruenze nell'iter liquidativo. A seguito dell'intervento dell'IVASS, i sinistri sono stati riconsiderati con conseguente integrazione del risarcimento a favore degli aventi diritto.

Tavola IV.2 - Reclami r.c.a: distribuzione per area/tipologia		
Tipologia	**Numero**	**Composizione %**
Area Sinistri	**12.712**	**72,8**
Risarcimento diretto	**4.913**	
Risarcimento ordinario	3.960	
Richiesta di accesso agli atti dell'impresa	**1.345**	
Altro	2.494	
Area Contrattuale	**4.617**	**26,4**
Attribuzione classe di merito (Bonus Malus)	1.427	
Mancato rilascio attestato di rischio	**1.293**	
Disdetta polizza	209	
Contestazione polizza	**1.092**	
Altro	596	
Area Commerciale	**133**	**0,8**
Totale	**17.462**	**100,0**

Relativamente agli altri rami danni sono pervenuti 6.575 reclami, per lo più riferiti ai rami r.c. generale, infortuni, furto auto e altri danni ai beni, seguiti dal ramo cauzioni. Si riscontra un incremento dei reclami concernenti i rami altri danni ai beni, cauzioni e perdite pecuniarie; nell'ambito di tale ultimo ramo, si segnalano i reclami relativi alle polizze legate alla perdita d'impiego, vendute in abbinamento a mutui e finanziamenti (cfr. par. 1.3.1).

Tavola IV.3 - Reclami altri rami danni : distribuzione per area/tipologia		
Tipologia	**Numero**	**Composizione %**
Area Sinistri	**4.541**	**69,1**
Ritardo nella definizione del danno	**3.035**	
Controversie an/quantum	1.246	
Altro	**260**	
Area Contrattuale	**1.952**	**29,7**
Disdetta polizza	**892**	
Contestazione polizza	763	
Mancato rimborso premi	**66**	
Altro	231	
Area Commerciale	**82**	**1,2**
Totale	**6. 575**	**100,0**

I reclami nei rami vita

Sono stati trattati 2.597 reclami. Come nel 2012 la più frequente causa di reclamo (37% rispetto al 41% del 2012) ha riguardato il ritardo nel pagamento delle somme dovute al beneficiario, sia per scadenze o decessi sia per riscatti. Si è interventi su ogni singolo caso per sollecitare il pagamento della somma e il riconoscimento degli interessi di mora. Per quanto riguarda la fase assuntiva, che ha visto aumentare l'incidenza percentuale sul comparto vita (dal 41% del 2012 al 44,4% del 2013), le segnalazioni più frequenti hanno riguardato il mancato rimborso dei premi relativi a polizze accessorie a mutui e finanziamenti. Ad alcune imprese si è contestato il mancato riconoscimento del nesso funzionale tra polizze e prestito sottostante, chiedendo di procedere al rimborso del premio.

Tavola IV.4 - Reclami Rami Vita : distribuzione per area/tipologia

Tipologia	Numero	Composizione %
Area Liquidazione	**1.373**	**52,9**
Ritardo liquidazione riscatto	**541**	
Ritardo liquidazione del capitale	433	
Conteggio valore di riscatto	**191**	
Conteggio capitale a scadenza	125	
Altro	**83**	
Area Contrattuale	**1.154**	**44,4**
Dubbi regolarità del contratto	**210**	
Mancata risposta a richieste assicurato	108	
Trasferimento polizza	**94**	
Rimborso premi/ mutui e finanziamenti	337	
Altri	**405**	
Area commerciale	**70**	**2,7**
Totale complessivo	**2.597**	**100,0**

La gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione

Sulla base delle segnalazioni trimestrali delle imprese sui reclami gestiti inviati all'Istituto, è stato possibile osservare l'andamento complessivo dei reclami del mercato. Nel 2013 le imprese hanno ricevuto circa 106.000 reclami (- 10,0% circa rispetto al 2012), di cui l'80% relativo ai rami danni e il 20% relativo ai rami vita.

Tavola IV.5 - Reclami delle imprese: distribuzione per comparto			
Anno	**Danni**	**Vita**	**Totale**
2013	84.652	22.050	106.702
Variazione 2013/2012	-10,4%	-8,0%	-10,0%

Il ramo r.c. auto continua a rappresentare il segmento di attività che genera il maggior numero di reclami (53,7%), sebbene registri un decremento del 16% rispetto al 2012; nel comparto vita i reclami si concentrano nella fase liquidativa, con un incremento per le polizze previdenziali.

Dei reclami ricevuti:

- il 27,9% è stato accolto;
- il 58,7% è stato respinto;
- l' 8,1% è stato oggetto di transazione con il cliente;
- il 5,3% risultava ancora in istruttoria alla fine del 2013.

Il tempo medio di risposta ai reclamanti è stato di 22 giorni (23 giorni nel 2012).

1.2 - Il Contact Center consumatori

Si è concluso il secondo anno di attività del *Contact Center Consumatori* istituito per offrire un servizio telefonico di assistenza e di orientamento ai consumatori. Il *Contact Center* fornisce ai consumatori informazioni sui loro diritti, sugli obblighi delle imprese e degli intermediari, sulla regolare autorizzazione di imprese e intermediari e più in generale sulla normativa assicurativa. Consente inoltre di verificare lo status di lavorazione dei reclami presentati all'Istituto.

Il *Contact Center* consente di avere la percezione immediata di ciò che accade sul mercato assicurativo, dei principali motivi di insoddisfazione della clientela, di particolari fenomeni di interesse per i profili di vigilanza, di possibili allarmi su operatori abusivi.

Nella seguente tavola sono riportati i principali dati di sintesi 2013 dell'attività del *Contat Center*.

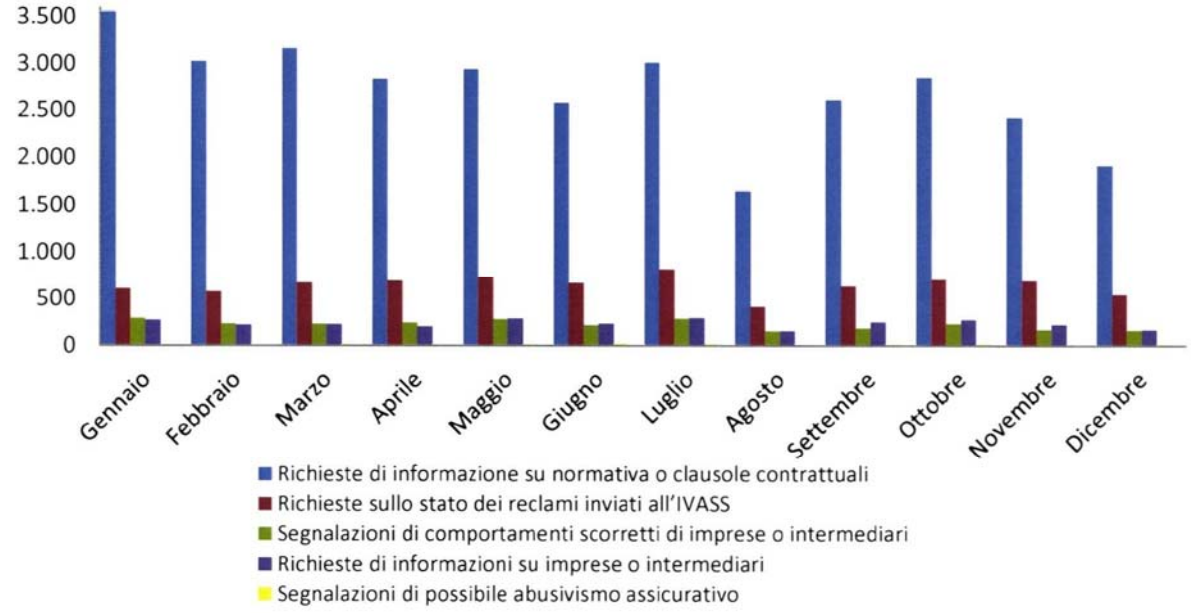
Tavola IV.6						
Totale chiamate pervenute	Totale chiamate conversate	Percentuale conversate/ pervenute	Chiamate conversate in media al mese	Chiamate conversate in media al giorno	Tempo medio di attesa (in secondi)	Durata media di conversazione a telefonata (in minuti)
49.296	48.027	97,43%	4.002	200	14	3,38

Nel 70% circa dei casi, i consumatori si sono rivolti al *Contact Center* per avere chiarimenti su diritti e obblighi derivanti dalla normativa e dalle condizioni contrattuali sottoscritte e informazioni circa la regolare autorizzazione di imprese di assicurazione; il 16% delle telefonate ha riguardato richieste sullo stato di trattazione dei reclami presentati all'IVASS e il 6% segnalazioni di possibili violazioni di

legge o di possibili comportamenti scorretti di un'impresa o di un intermediario assicurativo e ha determinato l'attivazione di interventi di vigilanza.

La figura IV.1 mostra la tipologia delle richieste dei consumatori ricevute mensilmente.

Figura IV.1



Sulle problematiche ricorrenti rappresentate nel corso delle telefonate sono state condotte analisi e approfondimenti per l'attivazione di misure di vigilanza nei confronti delle singole imprese o dell'intero mercato.

Anche nel 2013 sono state numerose le telefonate delle Forze dell'ordine al Contact Center per chiedere la regolarità di polizze r.c. auto oggetto di verifica durante i controlli stradali. In tal modo l'Istituto ha avuta tempestiva notizia di casi di contraffazione di polizze o di casi di abusivismo e sono state attivate le necessarie iniziative a tutela degli assicurati.

1.3 - La vigilanza sulla correttezza e trasparenza dei comportamenti delle imprese

In linea con le finalità di vigilanza sulla correttezza e trasparenza dei comportamenti delle imprese nei confronti dei consumatori, nei casi di problematiche ricorrenti o di particolare rilievo emerse a seguito dell'analisi dei reclami, delle segnalazioni telefoniche al Contact Center e delle informazioni ricavate dalle relazioni trimestrali sui reclami, l'Istituto è intervenuto nei confronti delle imprese per far cessare comportamenti non in linea con le previsioni di legge o non aderenti ai doveri di correttezza e trasparenza.

In tale ottica i reclami e le telefonate dei cittadini si sono confermati uno strumento prezioso per comprendere le cause che sono alla radice dei motivi di insoddisfazione dei consumatori e per orientare l'attività di vigilanza, intervenendo su due livelli:

- interventi "alla radice" sulle singole imprese, per rimediare a disfunzioni di processi o a criticità di prodotti;
- interventi di sistema, in caso di criticità diffusi nell'intero mercato.

1.3.1 - Interventi sulle singole imprese

1. Una problematica oggetto di ricorrenti lamentele è quella della sorte delle garanzie abbinate al contratto r.c. auto - infortuni del conducente; furto e incendio del veicolo - a seguito della eliminazione del tacito rinnovo nei contratti r.c. auto[25]. Molti consumatori hanno lamentato il rifiuto opposto da alcune imprese a considerare risolte le garanzie abbinate alla naturale scadenza contratto r.c. auto. Le imprese sono state sollecitate ad adottare una *policy* maggiormente orientata al consumatore e a tener conto delle legittime richieste degli assicurati, i quali ritenevano di non dover inviare disdetta separata per il contratto abbinato.

2. A seguito di numerose segnalazioni l'Istituto è intervenuto nei confronti di un'impresa di assicurazione "diretta" (che distribuisce polizze *on line*) in relazione ad una procedura assuntiva dei contratti r.c. auto che presentava profili di criticità. Infatti, in presenza di discordanze tra le circostanze del rischio dichiarate in fase di stipula e le risultanze delle verifiche compiute dall'impresa, veniva richiesto agli assicurati il pagamento di appendici integrative di premio di rilevante importo, anche a distanza di alcuni mesi dalla conclusione del contratto e, se del caso, attivata una procedura di recupero crediti. L'Istituto ha chiesto all'impresa di effettuare il controllo sulle dichiarazioni rese dai consumatori in un momento antecedente alla conclusione del contratto, in modo da presentare al consumatore un prezzo non suscettibile di successive modifiche impreviste.

3. Un altro fenomeno legato alla fase assuntiva del rischio r.c. auto è emerso dalle segnalazioni di consumatori, residenti in particolare nel Sud Italia, i quali, ottenuto il preventivo sul sito della singola impresa o sul "Tuopreventivatore" (il preventivatore pubblico gestito dall'IVASS e dal MISE) non sono poi riusciti a stipulare il contratto con l'impresa scelta per assenza di punti vendita nella propria zona di residenza o per la richiesta di recarsi fisicamente presso la direzione generale. L'Istituto è intervenuto chiedendo di porre in essere opportune iniziative per garantire anche ai consumatori che risiedono in zone prive di punti vendita di stipulare la polizza senza oneri aggiuntivi, consentendo ad esempio la stipulazione a "distanza" tramite e-mail: le imprese interessate hanno adeguato le procedure assuntive alle indicazioni ricevute.

4. Con riferimento alle polizze connesse a mutui e finanziamenti (PPI - *Payment Protection* Insurance (cfr. par. 1.7.1), sono state segnalate numerose criticità nei comportamenti attinenti alle modalità di vendita e di gestione di tali prodotti da parte sia delle imprese di assicurazione che delle banche/finanziarie distributrici.
   In particolare, per un'impresa leader del segmento, a seguito degli accertamenti ispettivi, è stato chiesto di rivedere i prodotti commercializzati per renderli maggiormente aderenti alla tipologia di clientela che si intende raggiungere e di introdurre un questionario sanitario in luogo di una prestampata "dichiarazione di buono stato di salute" per evitare contestazioni in sede di sinistro.

[25] art. 22, comma 1, decreto legge "Sviluppo bis".

5. Sempre in relazione a polizze assicurative connesse a finanziamenti si è intervenuti su un'impresa estera per un caso di *misselling*, segnalato da diversi consumatori che lamentavano di essere venuti a conoscenza di aver sottoscritto una polizza assicurativa solo a seguito di una comunicazione di trasferimento del portafoglio assicurativo inviata dall'impresa incorporante. Per effetto dell'intervento dell'Istituto che ha richiesto all'impresa acquirente di effettuare una revisione del portafoglio trasferito e informare i clienti della copertura assicurativa, sono stati restituiti premi a 2.366 clienti, sui 200.330 contattati.

6. Nel 2013 si è assistito ad una drastica riduzione dei reclami dei consumatori in merito al fenomeno dei c.d. "sinistri fantasma" (sinistri r.c. auto fraudolenti, mai accaduti e disconosciuti dai consumatori), a seguito della lettera al mercato inviata dall'IVASS nel luglio 2012, con la quale le imprese sono state richiamate a rafforzare le misure per contrastare il fenomeno, Nei pochi casi segnalati l'IVASS è intervenuto richiedendo, dove ne ricorrevano i presupposti, di eliminare il *malus* applicato e di rimborsare il maggior premio pagato dal cliente.

1.3.2 - Interventi sull'intero mercato

Sempre sulla base delle segnalazioni dei consumatori e di quanto emerso a seguito degli interventi ispettivi dell'Istituto, sono state emanate le seguenti lettere al mercato.

Furto e incendio del veicolo - certificato di chiusa inchiesta

L'art. 150-bis del Codice delle Assicurazioni, introdotto dal Decreto Concorrenza, ha previsto l'obbligo per le imprese di risarcire i danni derivanti da furto o incendio del veicolo indipendentemente dal rilascio del certificato di "chiusa inchiesta", al fine di semplificare le procedure liquidative a favore degli assicurati ed alleggerire i Tribunali di una onerosa attività burocratica.

A fronte dei reclami dei consumatori che, nonostante la nuova normativa, lamentavano il permanere di disagi per la subordinazione dell'indennizzo alla consegna del certificato, l'Istituto - con lettera al mercato del 28 febbraio 2013 - ha richiamato le imprese all'osservanza della norma, chiedendo l'effettuazione di una verifica interna sulle procedure liquidative, all'esito della quale numerose imprese hanno rimosso i residui profili di criticità.

Conciliazione paritetica

Un ulteriore intervento ha riguardato iniziative di stimolo al mercato per dare maggiore diffusione alla "conciliazione paritetica"[26], sistema alternativo di risoluzione delle controversie, frutto di un accordo tra ANIA e Associazioni dei consumatori: questo istituto, destinato a ridurre il contenzioso in materia di sinistri r.c. auto, stentava a decollare.

Grazie anche al contributo delle Associazioni dei consumatori è stata emanata la lettera al mercato del 21 maggio 2013, con cui sono state sollecitate le imprese ad adottare concrete iniziative per diffondere la conoscenza e il ricorso a tale strumento: pubblicazione sui siti aziendali della possibilità di attivare la conciliazione paritetica, con illustrazione delle relative modalità; indicazioni alle

[26] Il sistema prevede che, per le controversie relative a sinistri r.c. auto di valore non superiore a 15.000 euro, il consumatore possa rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti, la quale, se ritiene fondata la richiesta, costituisce un'apposita Commissione, composta da un rappresentante dell'impresa e da un rappresentante dell'Associazione, che decide sulla controversia entro il termine massimo di 30 giorni.

reti di vendita e alle strutture liquidative direzionali e periferiche affinché sia data informativa scritta ai danneggiati circa la possibilità di attivare la procedura e le relative modalità; possibilità di attivare la procedura anche nell'ipotesi in cui il reclamo venga respinto o accolto in maniera parziale.

Anche sul sito dell'Istituto è stata pubblicata una specifica informativa per i consumatori, unitamente al link ai siti delle Associazioni dei consumatori aderenti all'accordo con l'ANIA, a cui i consumatori possono rivolgersi per attivare la conciliazione.

Contratti poliennali rami danni - evidenza dello sconto in polizza e diritto di recesso

Dalle segnalazioni pervenute è emerso il rifiuto, da parte di diverse imprese, di concedere il recesso da contratti di assicurazione contro i danni di durata pluriennale (r.c. generale; abitazione; ecc.), con la motivazione che l'assicurato, in base alla legge n. 99/2009, ha beneficiato di una riduzione del premio perdendo di conseguenza la facoltà di recedere annualmente dal contratto. Solitamente le imprese non riportano in polizza la misura dello sconto concesso né richiamano espressamente la circostanza che, beneficiando dello sconto, il contraente perde il diritto di recesso nel primo quinquennio.

Con lettera al mercato del 5 novembre 2013 l'Istituto è intervenuto richiedendo di indicare in polizza, con adeguata evidenza grafica, la misura della riduzione di premio riconosciuta per il contratto di durata poliennale, nonché di dare evidenza della conseguente limitazione del diritto di recesso. Alle imprese è stato chiesto di adeguarsi alle indicazioni entro il mese di marzo 2014.

Polizze vita dormienti

In tema di rimborso ai beneficiari delle polizze vita c.d. "dormienti" (polizze prescritte devolute al Fondo "Rapporti dormienti" gestito dalla CONSAP), l'Istituto è intervenuto a supporto delle iniziative governative che hanno aperto nel 2013 due "finestre temporali" per consentire ai beneficiari di chiedere il rimborso delle somme devolute al Fondo, sfruttando alcuni stanziamenti pubblici resisi disponibili.

Con due lettere al mercato, in data 19 febbraio e 14 giugno 2013, è stato chiesto di favorire la massima conoscenza tra i consumatori della riapertura dei termini per il rimborso, di rilasciare in tempi rapidi l'attestazione necessaria per ottenere il rimborso e di dare pubblicità dell'iniziativa attraverso avvisi da affiggere presso le agenzie, gli uffici postali e gli sportelli bancari e da pubblicare sui siti.

PPI - Payment Protection Insurance

Per tutelare il consumatore nell'acquisto di tali prodotti assicurativi (cfr. par. 1.7.1), in modo tale che le coperture offerte siano effettivamente rispondenti alle sue necessità, è stata emanata una specifica lettera al mercato del 17 dicembre 2013, chiedendo di sensibilizzare gli intermediari ad effettuare le prescritte verifiche di adeguatezza dei contratti e di individuare più efficaci azioni per la messa in atto dei presidi sull'operato della rete di vendita. Ciò affinché i distributori si attengano a condotte che, anche sul piano sostanziale, evitino comportamenti non conformi alle disposizioni di tutela del consumatore.

1.4 - La vigilanza sui prodotti e sulle pratiche di vendita

Nel giugno 2013 è stata istituita, nell'ambito del Sevizio Tutela del Consumatore, una nuova Divisione la cui attività si focalizza: a) sulla verifica di trasparenza dei prodotti assicurativi con l'obiettivo di intercettare eventuali prodotti rischiosi per i consumatori, e b) sul controllo della correttezza delle pratiche di vendita adottate da imprese e intermediari.

La Divisione nel corso del 2013 ha lavorato in particolare a due analisi:

1. un'indagine conoscitiva sui prodotti assicurativi offerti unitamente a prodotti o servizi di altra natura, quali fornitura della luce e del gas, biglietti aerei, prodotti di largo consumo, elettrodomestici,
2. una verifica sui c.d. siti comparativi.

L'indagine conoscitiva (che non ha interessato i contratti di assicurazione connessi a mutui e finanziamenti) ha riguardato i "pacchetti" che comprendono polizze vendute dalle imprese di assicurazione in *collaborazione* con diversi operatori economici (*Public Utility Companies*, aziende di trasporto ferroviario, marittimo ed aereo, società della grande distribuzione...) che prevedono la fornitura al cliente di un bene/servizio principale unitamente a garanzie assicurative accessorie ed ha coinvolto tutte le imprese italiane ed un campione di imprese estere operanti su territorio nazionale. L'obiettivo è quello di garantire che la diffusione di questi prodotti avvenga con modalità tali da non pregiudicare le esigenze di tutela dei consumatori ed in particolare che l'adesione al contratto di assicurazione sia consapevole, che le coperture assicurative siano conosciute dal cliente e, pertanto, attivabili nel caso in cui si verifichi il sinistro e che vi sia una chiara esplicitazione dei costi.

La verifica sui siti comparativi è stata condotta in una prima fase effettuando direttamente sui siti operazioni di preventivazione, per verificare le modalità di immissione dei dati, l'output di preventivazione e il livello di trasparenza delle informazioni destinate al pubblico in termini di numero di imprese oggetto di preventivazione, di completezza e omogeneità delle comparazioni. L'indagine si è estesa agli aspetti commerciali e tecnici, al fine di analizzare ambito e criteri di comparazione, possibili conflitti di interesse derivanti dagli accordi di partecipazione tra i siti e le imprese di assicurazione e modalità di remunerazione del servizio. Gli esiti delle verifiche e le valutazioni dell'Istituto troveranno evidenza in un rapporto che sarà accompagnato da indicazioni specifiche al mercato.

L'attività di vigilanza in tema di trasparenza dei prodotti ha riguardato in particolare alcuni fascicoli informativi, relativi a polizze vita rivalutabili, che presentavano incongruenze e profili di scarsa trasparenza per il consumatore. A seguito dell' intervento, i prodotti sono stati rivisitati e i relativi fascicoli informativi corretti.

1.5 - La vigilanza sulle imprese estere che operano in Italia

Nell'ambito delle nuove competenze in materia di vigilanza sulle imprese con sede legale in un altro Stato membro della UE e abilitate ad operare in Italia, attribuite al Servizio Tutela del Consumatore a partire dal mese di giugno 2013, sono stati effettuati interventi di vigilanza sia in relazione all'ingresso di nuovi operatori sia su aspetti di *market conduct*, al fine di garantire una adeguata protezione degli assicurati che risiedono in Italia che scelgono di rivolgersi a imprese estere.

La vigilanza su tali imprese si è svolta in stretto contatto con le Autorità dei paesi di origine, a cui spetta il controllo sui profili di solvibilità. In tale contesto, sono stati rafforzati gli scambi di informazione e collaborazione con le altre Autorità, anche attraverso la partecipazione ai Collegi dei Supervisori sui gruppi assicurativi transfrontalieri.

Lo scambio di informazioni con le altre Autorità europee e l'esame dei reclami presentati dai consumatori nei confronti delle imprese UE hanno consentito di disporre di un quadro più ampio dell'operatività di tali imprese sul nostro territorio e di effettuare i necessari interventi di vigilanza per garantire la trasparenza e la correttezza dei comportamenti nei confronti degli assicurati e dei danneggiati che risiedono in Italia.

Una attenzione specifica è stata posta sui nuovi ingressi di imprese straniere in rami di attività particolarmente "sensibili" e socialmente rilevanti, quali la responsabilità civile auto e il ramo cauzioni, e su eventuali imprese "esterovestite", formalmente stabilite all'estero ma riconducibili a soggetti che risiedono in Italia, al fine di intercettare eventuali casi di arbitraggio regolamentare. A tal fine sono state richieste alle Autorità di vigilanza straniere informazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dal Protocollo di collaborazione di Siena, in particolare sull'assetto proprietario, sulla reputazione di azionisti e *managers*, sui piani di sviluppo delle attività.

Tale rafforzato approccio di vigilanza ha consentito, tra l'altro, di intervenire su due imprese rumene operanti in libera prestazione di servizi nel ramo cauzione (Onyx Asigurari e Forte Asigurari e Reasigurari), particolarmente attive nel rilascio di polizze fideiussorie a favore di enti pubblici, nell'ambito di gare d'appalto e riconducibili a soggetti italiani con significativi precedenti di vigilanza nel settore finanziario. Dopo un intenso scambio di informazioni con l'Autorità di vigilanza rumena, l'Istituto ha adottato nei confronti delle due imprese un divieto di assunzione di nuovi affari in Italia, a tutela degli interessi degli assicurati che risiedono in Italia. Le due imprese hanno presentato ricorso al Giudice amministrativo, che, in sede cautelare, ha riconosciuto le ragioni dell'Istituto.

Inoltre per la Rappresentanza italiana di un'impresa europea a seguito dell'esame dei numerosi reclami e dalle risultanze degli accertamenti ispettivi svolti dall'IVASS erano emerse gravi carenze organizzative e di controllo interno nonché ricorrenti violazioni della normativa r. c. auto. Al riguardo è stata richiesta alla Casa madre l'adozione di incisive misure correttive, verificandone l'attuazione nel corso del 2013. A seguito degli interventi la Rappresentanza ha intrapreso un significativo processo di risanamento e si è assistito ad una drastica riduzione dei reclami dei consumatori.

Per altre imprese, per le quali sono emerse problematiche ricorrenti, si è proceduto alla convocazione dei rappresentanti della Casa madre o alla richiesta dell'adozione di adeguate misure correttive.

Nel complesso, nel periodo giugno-dicembre 2013 sono state accolte 13 notifiche da parte di altre Autorità di Vigilanza riguardanti nuove abilitazioni all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di libera prestazione dei servizi da parte di imprese con sede legale in uno dei paesi membri dello Spazio Economico Europeo (SEE). Sono state inoltre gestite 16 richieste di estensione a operare in altri rami assicurativi da parte di imprese già abilitate.

Nello stesso periodo sono stati aperti in Italia 5 nuovi stabilimenti di imprese SEE e 2 stabilimenti già operanti hanno esteso l'attività in altri rami assicurativi.

I casi riguardanti i trasferimenti di portafoglio di imprese estere operanti in Italia in regime di stabilimento e/o di libera prestazione dei servizi cui è stato dato seguito con