

di libera prestazione di servizi. Di queste ultime, 3 riguardano l'accesso in Stati membri e 5 in Stati terzi.

8. - LA VIGILANZA ISPETTIVA

8.1 - Compagnie assicurative

Nel 2014 sono stati effettuati 16 accertamenti su compagnie assicurative.

Tutte le ispezioni sono state svolte secondo i criteri metodologici ed il sistema di *reporting* dettato dalle Linee guida ispettive, adottate nel mese di febbraio 2013.

L'azione ispettiva si è dispiegata attraverso accertamenti su aziende selezionate in base ad un esercizio di pianificazione, introdotto anch'esso dalle nuove Linee guida, che risponde non solo ad eventuali urgenti richieste, ma anche ad alcuni indirizzi minimali di copertura del sistema in generale e con riferimento ad alcune tematiche (es. rischio riciclaggio per le compagnie Vita, corretta alimentazione della banca dati sinistri; efficacia delle misure per prevenire le frodi nella r.c. auto), ad esigenze riconducibili a specifiche finalità di vigilanza che scaturiscono in prima istanza dalle analisi *off-site* effettuate dai Servizi che svolgono l'attività di vigilanza cartolare.

Per quanto riguarda, in particolare, l'oggetto degli interventi *on site*, cinque verifiche sono state ad ampio spettro (tre su imprese di medie dimensioni e due su imprese di piccole dimensioni); tre sono stati gli accertamenti di *follow-up*, effettuati per valutare il superamento delle carenze riscontrate in precedenti accessi ispettivi.

I rimanenti interventi sono stati mirati ad analizzare singole aree di rischio o determinate funzioni delle società e hanno avuto ad oggetto:

- i sistemi di governo e controllo: attraverso l'esame dei profili di governance e delle funzioni di controllo;
- il rischio di mercato: con particolare riferimento all'analisi degli investimenti e della gestione finanziaria;
- il rischio di riservazione: attraverso la verifica dell'adeguatezza delle riserve sinistri;
- il rischio operativo: con riferimento all'efficacia dei presidi organizzativi e di controllo sulle attività esternalizzate;
- il rischio di non conformità alle norme: incentrato sul rispetto delle disposizioni in materia di gestioni separate vita e di liquidazione dei sinistri;
- l'assunzione e la liquidazione delle coperture assicurative abbinate a presudi.

L'attività di vigilanza è stata contrassegnata, nella prima parte dell'anno, dall'esigenza di verificare l'efficacia dell'attività di direzione e coordinamento di un primario gruppo assicurativo nella gestione dei rischi e degli investimenti finanziari, nonché dalla necessità di valutare l'adozione di specifici interventi patrimoniali per il ripristino delle condizioni di

esercizio, sia individuali che di Gruppo, di due compagnie di medie dimensioni che avevano registrato nell'ultimo esercizio rilevanti perdite straordinarie.

Ancora nella prima metà dell'anno, l'attività ispettiva è stata orientata verso situazioni aziendali di stretta attinenza con la tutela del consumatore, intervenendo sia nei confronti di un'impresa UE stabilita in Italia con un rilevante portafoglio nel ramo r.c. auto – al fine di assicurare la *compliance* con le disposizioni italiane delle procedure di liquidazione dei sinistri – sia nei confronti di un'impresa italiana tra i principali *player* nel segmento di mercato delle coperture assicurative per la r.c. professionale sanitaria – al fine di ripristinare la correttezza dei comportamenti nella fase assuntiva e in quella liquidativa e la trasparenza dei contratti offerti.

Dagli accertamenti sono emerse, per due terzi delle aziende ispezionate, risultanze nell'area di giudizio sfavorevole, sovente riconducibili a carenze nel sistema di governo aziendale e debolezze nel controllo dei rischi, con la conseguente necessità di tempestivi interventi volti, da un lato, ad un rafforzamento della funzione di indirizzo dell'organo amministrativo e ad una maggiore incisività delle funzioni di controllo e, dall'altro, ad un irrobustimento della struttura organizzativa in termini di risorse e metodologie.

8.2 - Intermediari assicurativi

Gli accertamenti *on site* sono stati effettuati nei confronti di 13 soggetti, tutti iscritti in una delle sezioni del RUI e, precisamente:

Tavola III. 1	
Tipologia di intermediario	Numero
Agenti (sez. A)	3
Broker (sez. B)	6
Banche/finanziarie (sez. D)	3
Collaboratori (sez. E)	1
Totale	13

Fonte: IVASS.

La maggior parte degli interventi sono stati orientati alla tutela del consumatore nei due segmenti di mercato in cui le verifiche ispettive effettuate nella seconda metà del 2013 avevano evidenziato la presenza di profili di criticità, vale a dire:

- le coperture assicurative abbinate a mutui, prestiti e finanziamenti (prodotti PPI- *Personal Protection Insurance*), le cui modalità di collocamento, effettuato da primarie banche e società finanziarie, ha messo in luce prassi diffuse di mancata acquisizione delle informazioni necessarie alla valutazione di adeguatezza dei contratti assicurativi offerti ai singoli clienti finanziati. 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, di durata pari a quella del finanziamento;
 - ✓ garanzie complementari: invalidità temporanea totale (IT'T), invalidità permanente (IP), malattia grave (MG), perdita d'impiego (PI), di durata minore/uguale a quella del finanziamento.

Gli accertamenti nei confronti dei 3 intermediari iscritti alla sezione D sono stati indirizzati alla verifica del rispetto dei doveri di correttezza, buona fede e trasparenza nei confronti degli assicurati/consumatori nella vendita dei prodotti PPI e, in 2 casi, si è trattato di verifiche di *follow-up* sull'idoneità delle misure organizzative adottate per eliminare le irregolarità riscontrate in un precedente accesso ispettivo;

- la distribuzione di prodotti assicurativi di imprese con sede legale in Paesi dell'Est Europa, operanti in Italia in libera prestazione di servizi principalmente nel settore delle polizze fideiussione, i cui soci di riferimento sono riconducibili a soggetti italiani. Sull'argomento sono stati effettuati 3 interventi ispettivi presso broker, svolti con l'ausilio della Guardia di Finanza, nella cui condotta sono stati ravvisati violazioni delle disposizioni sull'intermediazione assicurativa per quanto riguarda:
 - ✓ il totale esaurimento del formale responsabile dell'attività di intermediazione e l'affidamento, di fatto, della gestione assicurativa ad un soggetto privo dei requisiti di legge;
 - ✓ carenze nell'informativa precontrattuale in ordine ai poteri d'incasso dei premi.

Tra gli ulteriori fenomeni anomali osservati ed interventi adottati meritano di essere menzionati:

- l'intermediazione dei prodotti assicurativi del ramo responsabilità civile medica, venduti da un iscritto alla sezione A del RUI, titolare di un significativo portafoglio nel ramo, con modalità non conformi alla normativa in tema di consegna della documentazione precontrattuale, di raccolta delle informazioni mirate alla valutazione d'adeguatezza dei prodotti offerti e prospettando, peraltro, sul proprio sito internet, informazioni non corrette sulla data di entrata in vigore del regime di obbligatorietà dell'assicurazione professionale medici;
- l'utilizzo da parte di un intermediario iscritto alla sezione A del RUI di una rete di collaboratori, molto numerosa ed estesa in più regioni, senza aver approntato adeguati presidi di controllo sul rispetto delle regole di correttezza e di trasparenza nei confronti dei clienti.

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

- ✓ il versamento dei premi su conti correnti privi dei requisiti della separazione;
- ✓ la mancata rimessa alle compagnie delle somme incassate a titolo di premi.

8.3 - Antiriciclaggio

L'attività ispettiva in materia di rispetto della normativa antiriciclaggio e antiterrorismo ha avuto un'intensificazione nel 2014 e ha riguardato 7 imprese, i cui premi rappresentano il 17% del mercato assicurativo.

Gli accertamenti hanno riguardato, in 5 casi, anche altri rischi assicurativi, sulla base della prassi, introdotta nel 2014, di sottoporre a verifiche antiriciclaggio ogni impresa vira ispezionata.

I trentatré accertamenti hanno avuto origine da segnalazioni, acquisite nel corso dell'attività di vigilanza *off-site*, in merito a specifiche carenze di alcuni presidi organizzativi in essere presso le stesse compagnie.

Le principali disfunzioni/anomalie riscontrate sono relative a:

- l'incompletezza, in tre casi, dell'attività di profilatura della clientela, posta in essere tramite appositi applicativi informatici, in quanto effettuata senza valorizzare il comportamento tenuto dal cliente o rilevare la coerenza dell'operatività con il profilo economico-patrimoniale o con l'età. In un caso, è stato inoltre riscontrato il mancato adempimento degli obblighi di adeguata verifica con riferimento alle operazioni e ai clienti *ante* D.Lgs. n. 231/2007;
- l'insufficiente dotazione di adeguate risorse umane e/o tecniche dell'apposita funzione dedicata, presso due compagnie, al presidio del rischio di riciclaggio;
- la carente alimentazione dell'AUI di due compagnie con riferimento ai dati dell'ordinante il bonifico bancario e all'individuazione della "data operazione";
- l'inadeguatezza del sistema dei controlli interni che, in tre casi, non è stato in grado di valutare la completezza/efficacia delle procedure aziendali e/o di individuare le criticità nella gestione del rischio;
- i ritardi nella valutazione e, conseguentemente, nella segnalazione di operazioni sospette presso una compagnia. Sono state inoltre rilevate carenze nelle procedure volte all'individuazione delle posizioni caratterizzate da operatività anomala, in quanto non sono stati tenuti in considerazione alcuni indicatori di anomalia di cui al provvedimento della Banca d'Italia;
- per tre compagnie, l'inadeguata attività di formazione della rete distributiva.

L'Istituto, in merito alle disfunzioni ed anomalie accertate, ha provveduto in un caso ad effettuare, contestualmente alla consegna dei rilievi ispettivi, un intervento di vigilanza per sollecitare l'adozione di tempestive azioni volte a ricondurre a conformità l'operato dell'impresa. Sono state, inoltre, notificate due contestazioni di violazioni assoggettate a sanzioni amministrative, relativamente alle modalità di registrazione nell'AUI ed all'organizzazione amministrativa e del sistema dei controlli interni.

In fine, presso una delle compagnie sono state condotte verifiche *on-site* anche dall'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) della Banca d'Italia, in applicazione dell'accordo di collaborazione tra le due istituzioni, con riguardo all'obbligo di segnalazione delle operazioni sospette. Dagli accertamenti sono emerse anomalie in relazione alle quali la UIF ha avviato un procedimento sanzionatorio amministrativo.

9. - LE LIQUIDAZIONI COATTE

Alla fine del 2014 le procedure di liquidazione coatta amministrativa di imprese con sede legale in Italia, tuttora in corso, risultano 58 (47 imprese assicurative o facenti parte di un gruppo assicurativo e 11 società del gruppo Previdenza).

Nell'anno sono giunte a chiusura le procedure di liquidazione della Previdenza e Sicurtà s.p.a. e dell'Aprilia Cinque s.r.l. del gruppo Previdenza.

Hanno depositato lo stato passivo presso le competenti cancellerie dei Tribunali le liquidazioni Novit, Faro, Progress e Arfin, Arfin Solution, Apti Immobiliare e Rhône Méditerranée.

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 2014 indennizzi per 50,9 milioni di euro così ripartiti:

- 48,3 milioni di euro per sinistri liquidati dalle imprese designate;
- 1,1 milioni di euro per sinistri liquidati dai commissari liquidatori;
- 1,5 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 (La Peninsulare, Sile e Sanremo), nonché il deposito presso le cancellerie dei tribunali competenti per territorio di un piano di riparto parziale (Firs s.p.a.) e di due riparti finali (Aprilia Cinque s.r.l. e SIA-Suditalia s.p.a.).

La distribuzione degli attivi ai creditori complessivamente autorizzata nell'anno ammonta a 17,2 milioni di euro, di cui 15 milioni di euro in favore degli assicurati, dei danneggiati e di chi, avendo risarcito il danno, è surrogato nel diritto di quest'ultimo (Consap e imprese designate).

E' stato autorizzato il deposito del bilancio finale dell'Andromeda Immobiliare s.r.l. e dell'Aprilia Cinque s.r.l. del gruppo Previdenza, nonché della SIA-Suditalia s.p.a.

E' stata inoltre autorizzata la cessione di ramo d'azienda di una procedura (Novit) ai sensi dell'art. 257, comma secondo, del C.d.A.

Sono stati predisposti gli atti di nomina di 12 nuovi commissari liquidatori e 37 componenti dei comitati di sorveglianza, nonché quelli relativi al rinnovo degli ulteriori organi delle procedure venuti a scadenza nel 2014.

IV - LA TUTELA DEI CONSUMATORI**1. - L'AZIONE DI VIGILANZA A TUTELA DEI CONSUMATORI****1.1 - I reclami dei consumatori**

Le segnalazioni provenienti dai cittadini contribuiscono a realizzare molte delle azioni di vigilanza poste in essere a tutela dei consumatori. Nel 2014 sono pervenuti all'IVASS complessivamente 25.636 reclami nei confronti delle imprese, in calo (-3,7%) rispetto al 2013, sebbene la riduzione risulta più contenuta rispetto alla diminuzione registrata nel 2013 (-14,8%). Il decremento è imputabile al comparto danni, ed in particolare al settore r.c. auto, ciò anche per effetto della riduzione del numero dei sinistri r.c. auto, ai quali è storicamente collegato il maggior numero di reclami (per ritardi e disfunzioni nell'offerta del risarcimento al danneggiato).

Tavola IV.1 – Reclami: distribuzione per comparto

Anno	Danni	Vita	Totale
2014	23.015	2.621	25.636
Variazione 2014/2013	-4,2%	+0,9%	-3,7%

Fonte: IVASS

I reclami nei rami danni

Dei 23.000 reclami relativi ai rami danni trattati, 16.464 sono relativi al ramo r.c. auto, pari al 64% del totale, con una riduzione rispetto al 2013 (-5,7%). La prevalenza dei reclami continua a riguardare ritardi ed inefficienze nell'area sinistri (76,7%), con un peso maggiore rispetto allo scorso anno (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. 1.200 nel 2014; nel 2013 erano 1.500).

Sono aumentati (+28%) i reclami relativi a sinistri gestiti dalle imprese designate risarcite dal Fondo di garanzia per le vittime della strada, passati a 508, rispetto ai 396 pervenuti nel 2013.

Nel corso del 2014 sono continue le iniziative e gli interventi nei confronti delle imprese sui casi di sinistri r.c. auto di particolare gravità, con esiti mortali o con danni gravi alla persona, rispetto ai quali l'istruttoria svolta ha evidenziato carenze o incongruenze nell'iter liquidativo seguito dalle imprese. Grazie agli interventi mirati dell'IVASS, le imprese hanno provveduto a riconsiderare i suddetti sinistri e ad integrare i risarcimenti a favore dei danneggiati o degli altri aventi diritto. Numerose sono state anche le segnalazioni dei consumatori per mancata o ritardata consegna di attestati di rischio, ovvero la consegna di attestati errati, per le quali sono state attivate le relative iniziative di vigilanza.

Tavola IV.2– Reclami r.c. auto: distribuzione per area/tipologia

Tipologia	Numero	Composizione %
Area Sinistri	12.621	76,7
Risarcimento diretto	4.724	
Risarcimento ordinario	3.493	
Richiesta di accesso agli atti dell'impresa	1.213	
Altro	3.191	
Area Contrattuale	3.787	23,0
Attribuzione classe di merito (Bonus Malus)	1.059	
Mancato rilascio attestato di rischio	952	
Disdetta polizza	156	
Contestazione polizza	982	
Altro	638	
Area Commerciale	56	0,3
Totale	16.464	100,0

Fonte: IVASS.

Con riferimento agli altri ramo danni sono pervenuti 6.551 reclami (dato stabile rispetto allo scorso anno), relativi in particolare ai ramo r.c. generale, infortuni, altri danni ai beni e furto auto, seguito dal ramo malattia. Al riguardo è stato rilevato un incremento dei reclami relativi ai ramo r.c. generale, infortuni, malattia, nonché ai reclami relativi alle polizze legate alla perdita d'impiego, vendute in abbinamento a mutui e finanziamenti, con particolare riguardo al tema del rimborso del premio in caso di anticipata estinzione del mutuo o del finanziamento. Anche nel 2014 numerosi sono stati i reclami per mancato accoglimento del recesso anticipato dalle polizze poliennali dei ramo danni, concentrati in particolare su alcune imprese su cui si è intervenuti richiedendo correttivi (si veda nel seguito il par. 1.3.1).

Tavola IV.3 – Reclami altri rami danni: distribuzione per area/tipologia

Tipologia	Numero	Composizione %
Area Sinistri	4.624	70,6
Ritardo nella definizione del danno	2.975	
Controversie an/quantum	1.441	
Altro	208	
Area Contrattuale	1.884	28,8
Disdetta polizza	834	
Contestazione polizza	622	
Mancato rimborso premi	131	
Altro	297	
Area Commerciale	43	0,6
Totale	6. 551	100,0

Fonte: IVASS.

I reclami nei rami vita

Nel comparto vita sono stati trattati 2.621 reclami. Nell'ambito dell'area liquidativa, la più frequente causa di reclamo dei consumatori nei rami vita (35%) ha riguardato, come negli anni precedenti, il ritardo nel pagamento delle somme dovute al beneficiario, sia per scadenze o decessi che a seguito di riscatto. In particolare è aumentato il numero delle segnalazioni relative a ritardi nei pagamenti degli importi dovuti in caso di riscatto. In tutti i casi segnalati sono stati effettuati interventi per sollecitare il pagamento degli importi dovuti ed il riconoscimento degli interessi di mora. Con riferimento a tale problematica, in presenza di reclami ricorrenti nei confronti di due imprese di assicurazione sono stati effettuati interventi "alla radice" per comprendere i motivi delle disfunzioni gestionali e richiedere al consiglio di amministrazione l'adozione di adeguati correttivi (si veda nel seguito il par. 1.3).

E' aumentato anche il numero dei reclami relativi a presunti errori nel conteggio del valore di riscatto, ritenuto eccessivamente esiguo dal cliente. Nella gran parte dei casi esaminati si è tuttavia rilevata l'esattezza dei conteggi.

Per quanto riguarda l'area contrattuale, le segnalazioni più frequenti hanno riguardato il mancato rimborso dei premi relativi a polizze accessorie a mutui e finanziamenti. Anche rispetto a tale problematica è stato contestato alle imprese, in numerosi casi, il mancato riconoscimento del collegamento funzionale tra polizze e prestito sottostante, con la conseguente richiesta di procedere al rimborso del premio.

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

Tipologia	Numero	Composizione %
Area Liquidazione	1.391	53,1
Ritardo liquidazione riscatto	577	
Ritardo liquidazione del capitale	330	
Conteggio valore di riscatto	241	
Conteggio capitale a scadenza	110	
Altro	133	
Area Contrattuale	1.152	43,9
Dubbi regolarità del contratto	220	
Mancata risposta a richieste assicurato	127	
Trasferimento polizza	111	
Rimborsa premi/ mutui e finanziamenti	337	
Altri	367	
Area commerciale	78	3,0
Totale	2.621	100,0

Fonte: IVASS

La gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione

In base alle relazioni trimestrali sui reclami gestiti dalle imprese e che le stesse inviano all'IVASS, è possibile osservare l'andamento complessivo dei reclami.

Nel 2014 le imprese hanno ricevuto circa 94.000 reclami (-12,2% rispetto al 2013), di cui il 78% relativo ai rami danni e il 22% relativo ai rami vita. Nella composizione, i reclami vita hanno assunto un peso maggiore rispetto al 2013 quando sono stati il 20%.

Tavola IV.5 – Reclami delle imprese: distribuzione per comparto

Anno	Danni	Vita	Totale
2014	72.658	21.040	93.698
Variazione 2014/2013	-14,2%	-4,6%	-12,2%

Fonte: IVASS su dati delle imprese.

Il ramo r.c. auto continua a rappresentare il segmento di attività che genera il maggior numero di reclami (48,6%), sebbene registri un decremento del 20,5% rispetto al 2013 (era stato del 16% nel 2012) ed anche il suo peso nella distribuzione totale sia in sensibile calo (53,7% nel 2013). Nel comparto vita i reclami si concentrano nella fase liquidativa, in particolare sono riferiti a polizze miste.

Dei reclami ricevuti:

- il 28% è stato accolto;
- il 59% è stato respinto;
- il 7% è stato oggetto di transazione con il cliente;
- il 6% risultava ancora in istruttoria alla fine del 2014.

Il tempo medio di risposta ai reclamanti è stato di 23 giorni (analogo al 2013).

1.2 - Il Contact Center Consumatori

Nel 2014 il *Contact Center*, il servizio telefonico di assistenza e di orientamento ai consumatori, ha ricevuto 43.550 telefonate (49.296 nel 2014) e ne ha conversate il 96,63%. In media sono state gestite circa 168 telefonate al giorno.

Il *Contact Center* si conferma una fonte importante per avere “in tempo reale” la percezione di ciò che accade nel 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. Attraverso le segnalazioni al *Contact Center* sono state attivate tempestivamente le relative azioni di vigilanza.

Nella seguente tabella sono riportati i principali dati di sintesi 2014.

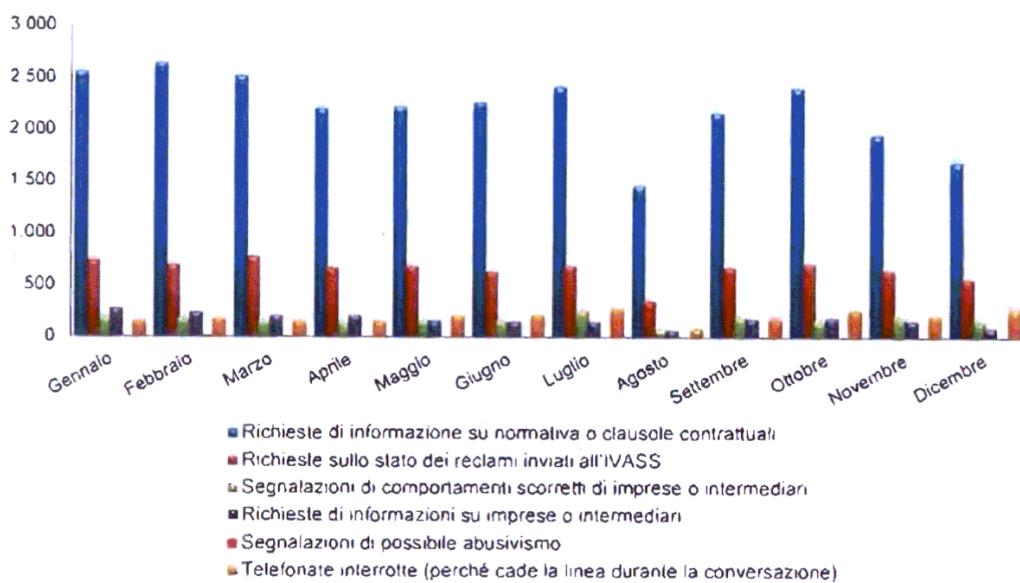
Totale chiamate pervenute	Totale chiamate conversate	Percentuale conversate/pervenute	Chiamate conversate in media al mese	Chiamate conversate in media al giorno	Tempo medio di attesa (in secondi)	Durata media di conversazione a telefonata (in minuti)
43.550	42.083	96,63%	3.629	168	21	3,33

Fonte: IVASS.

Come negli anni passati, la maggior parte delle telefonate ha riguardato richieste di informazioni. Infatti, nel 64% circa dei casi, i consumatori si sono rivolti al *Contact Center* per avere chiarimenti su diritti e obblighi derivanti dalla normativa primaria e regolamentare, sulle condizioni dei contratti sottoscritti e sulla regolare autorizzazione di imprese di assicurazione. Il 19% delle telefonate ha riguardato richieste sullo stato di trattazione dei reclami presentati a IVASS e il 5% segnalazioni su casi di possibili violazioni di legge o di possibili comportamenti scorretti da parte di un’impresa o di un intermediario assicurativo e ha determinato l’attivazione di conseguenti interventi di vigilanza. In particolare si segnalano le telefonate relative a: ritardi nella liquidazione dei riscatti per polizze vita; mancato/tardivo rilascio di attestati di rischio o rilascio dell’attestato con dati errati; mancata alimentazione della banca dati ANIA sugli attestati di rischio o sui contrassegni con conseguente disagi per l’assicurato in fase di stipulazione di una nuova polizza o di controlli su strada del veicolo; aumento dei

premi r.c. auto; mancata accettazione, da parte dell'impresa, di disdette di polizze danni poliennali.

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



Fonse: IVASS

Anche nel corso del 2014 sono state numerose le telefonate da parte di polizia stradale, municipale o carabinieri per chiedere informazioni sulla regolarità di polizze r.c. auto oggetto di verifica durante i controlli stradali. Ciò ha consentito di avere tempestiva notizia di casi di emissione di coperture assicurative da parte di soggetti non abilitati e di contraffazione di polizze e sono state attivate le iniziative a tutela degli assicurati.

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

I reclami scritti e le segnalazioni telefoniche dei cittadini al Contact Center continuano a rappresentare per l'IVASS, unitamente alle informazioni ricavate dalle relazioni trimesurali sui reclami ricevuti dalle imprese, uno strumento essenziale per analizzare le cause che sono alla base dei motivi di insoddisfazione dei consumatori e per intervenire, in presenza di problematiche ricorrenti o di particolare rilievo, con azioni mirate di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Gli interventi sono stati calibrati, a seconda delle criticità emerse, su tre livelli:

- interventi "alla radice" sulle singole imprese per richiedere agli organi amministrativi misure correttive;

- arrivazione di accertamenti ispettivi;
- interventi di sistema, in presenza di criticità trasversali all'intero mercato.

1.3.1 - Interventi sulle singole imprese

1. Una problematica oggetto di ricorrenti lamentazioni è stata quella dei ritardi nelle liquidazioni delle prestazioni relative a polizze vita (si veda *sub par. 1.1*). In particolare nei confronti di due imprese, i consumatori hanno lamentato lunghi ritardi (anche di mesi) rispetto al termine di 30 giorni previsto dalle condizioni contrattuali per la liquidazione delle prestazioni assicurative, unitamente a carenze nell'assistenza da parte delle reti di vendita in relazione alla documentazione da presentare per ottenere le liquidazioni. È stato chiesto al consiglio di amministrazione delle due imprese di rivedere i processi aziendali e di adottare iniziative di maggiore sensibilizzazione nei confronti delle rete per garantire il rispetto dei termini contrattuali. Nei casi di accertati ritardi si è proceduto all'applicazione delle sanzioni per mancato rispetto del principio di correttezza nell'esecuzione dei contratti richiesto dall'art. 183 del Codice delle Assicurazioni.
2. Sempre con riferimento al comparto vita, numerosi consumatori si sono rivolti all'IVASS evidenziando diffuse criticità relative alla condotta della rete di vendita di un'impresa italiana che non fornisce una corretta informativa sulle caratteristiche dei contratti offerti, né, più in generale, una adeguata assistenza alla clientela nella fase sia *pre* che *post* contrattuale. In alcuni casi le segnalazioni ipotizzano illeciti di natura civile e penale, connessi alla mancata contabilizzazione dei premi e alla stipula di contratti non espressamente richiesti dai clienti o con caratteristiche non rispondenti alle sue esigenze. IVASS è intervenuto richiedendo al consiglio di amministrazione di apportare le necessarie misure correttive, di rafforzare i presidi di controllo sulla rete distributiva e di individuare soluzioni organizzative più efficaci per assicurare il rispetto delle regole di correttezza e trasparenza a tutela dei consumatori. Nei casi di appropriazione indebita dei premi è stato inoltre richiesto di garantire la piena applicazione dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni e di tenere indenne quindi il consumatore che abbia fatto in buona fede affidamento sull'intermediario. È in corso il relativo piano di riallineamento.
3. Numerosi sono stati i reclami per mancato accoglimento del recesso anticipato dalle polizze poliennali dei rami danni, stipulate successivamente all'entrata in vigore della L. n. 99/2009. Dalle segnalazioni dei consumatori è emerso che, in alcuni casi, il processo di vendita di tali polizze non era stato in linea con i principi di correttezza e trasparenza di cui all'art. 183 del Codice delle Assicurazioni, poiché l'assicurato non era stato chiaramente informato della misura dello sconto applicato in ragione della dura poliennale e del fatto che, conseguenza di tale sconto, aveva perso la facoltà di recesso anticipato nei primi cinque anni. A seguito degli interventi effettuati da IVASS le imprese, oltre ad allineare la documentazione contrattuale sulle nuove polizze, hanno modificato l'approccio verso la clientela, acconsentendo al recesso sulle vecchie polizze in presenza di accertate criticità nel processo di vendita.
4. Sono continue nel 2014, seppure in misura ridotta rispetto all'anno precedente, le lamentazioni dei consumatori sul tema delle garanzie abbinate al contratto r.c. auto (infortuni del conducente; furto e incendio del veicolo; ecc.) a seguito della eliminazione del tacito

rinnovo nei contratti r.c. auto²⁹. I reclami lamentano, in particolare, il rifiuto opposto da alcune imprese di considerare risolte le garanzie abbinate in assenza di una formale disdetta, sebbene il contratto r.c. auto abbia cessato la propria efficacia per naturale scadenza. L'IVASS è intervenuto nei confronti delle imprese interessate rilevando che si tratta di contratti che, seppure distanti, vengono sottoscritti dal contraente sulla base di una considerazione unitaria dei propri interessi. È stato pertanto chiesto di considerare risolto il contratto abbinato, sollecitando l'adozione di una *policy* che, al di là dell'aspetto formale, tenga in debito conto il legittimo affidamento degli assicurati che hanno ritenuto, in buona fede, di non dover inviare disdetta separata per il contratto abbinato. A seguito dell'intervento dell'IVASS le imprese interessate hanno adottato un atteggiamento pro-consumatore, dando un seguito favorevole alle richieste degli assicurati.

5. In ambito di assicurazione r.c. auto, a seguito di numerose segnalazioni dei consumatori, sia scritte che telefoniche, IVASS è intervenuto nei confronti di un'impresa di assicurazione che distribuisce polizze on line a causa di varie criticità riscontrate nella procedura assuntiva; in particolare ricardi nell'emissione delle polizze e nel rilascio dei documenti assicurativi per circolare, dovuti al fatto che i controlli sulla correttezza delle informazioni fornite dal cliente venivano effettuati in ritardo e dopo l'avvenuto pagamento del premio, rallentando il rilascio della copertura. A seguito dell'intervento dell'IVASS la società ha posto in essere una serie di interventi correttivi velocizzando ed anticipando i controlli assuntivi ad una fase antecedente il pagamento del premio.
6. Sempre in ambito r.c. auto, risulta confermato, nel corso del 2014, il trend in diminuzione dei reclami dei consumatori in merito ai c.d. "sinistri fantasma" (sinistri r.c. auto fraudolenti, mai accaduti e disconosciuti dai consumatori), già registrato nel 2013. Nei casi segnalati dai consumatori l'IVASS è intervenuto sulle imprese interessate richiedendo, dove ne ricorrevano i presupposti, di eliminare la penalizzazione contrattuale (*malus*) applicata impropriamente e di provvedere al conseguente rimborso del maggior premio pagato dal consumatore.
7. Alcuni consumatori si sono rivolti all'IVASS per segnalare le difficoltà che incontravano nel venire in possesso in tempo utile da parte di una impresa di assicurazione dell'attestazione sullo stato del rischio di loro spettanza, e per rappresentare quindi i disagi che ne scaturivano in termini di impossibilità di procedere alla stipula delle polizze r.c. auto con altre imprese. A seguito dell'intervento di IVASS l'impresa ha apportato i dovuti correttivi.
8. Ancora con riferimento all'assicurazione r.c. auto, si è intervenuti nei confronti di una impresa estera per la quale erano state riscontrate disfunzioni nella trattazione dei sinistri, nell'alimentazione delle banche dati ANIA delle coperture assicurative e degli attestati di rischio e nell'attività antifrode richiedendo i relativi interventi correttivi. In esito all'intervento dell'IVASS, l'impresa ha adottato un piano di riallineamento.
9. In ambito polizze cauzioni: a seguito di alcuni reclami e richieste di informazioni pervenute anche da parte di Pubbliche Amministrazioni in relazione a polizze cauzioni emesse da due imprese estere, si è intervenuti nei confronti delle stesse, coinvolgendo anche le Autorità di vigilanza della casa madre (*home*), chiedendo interventi correttivi sulle

²⁹ art. 22, comma 1, decreto legge "Sviluppo bis"

procedure di distribuzione e di sottoscrizione delle polizze e per chiarire all'esterno i ruoli dei soggetti a cui è affidato il collocamento dei prodotti in Italia. Le imprese, seguendo le indicazioni dell'IVASS e dell'Autorità *Home*, hanno modificato le procedure di sottoscrizione dei contratti ed hanno adottato iniziative per garantire la più facile individuazione all'esterno dei soggetti che hanno il potere di sottoscrivere le polizze, al fine di evitare confusione nel pubblico e nelle stazioni appaltanti beneficiarie delle polizze cauzioni.

10. In relazione alle polizze vita *unit linked* emesse da due imprese estere che non collocano più nuovi prodotti in Italia, ma che hanno ancora un significativo portafoglio di polizze italiane, sono pervenute diverse segnalazioni di consumatori per criticità relativa sia alla fase assuntiva - carenze di verifiche di adeguatezza del prodotto (ad alto contenuto finanziario) al profilo di rischio del cliente – sia alla mancata informativa in corso di contratto agli assicurati (mancato invio di estratti conto annuali e di comunicazioni in caso di perdite finanziarie). A seguito dell'intervento dell'IVASS, le imprese hanno rivisto i processi e hanno adottato iniziative a tutela dei consumatori, incluso il riconoscimento di somme a ristoro dei danni subiti.
11. Con riferimento alle polizze connesse ai finanziamenti (c.d. PPI, *Payment Protection Insurance*). L'analisi dei reclami presentati nei confronti di un'impresa estera ha messo in luce alcune criticità riguardanti la struttura dei prodotti, l'attività di assunzione dei contratti, la liquidazione delle prestazioni e le modalità di rimborso dei premi non goduti in caso di estinzione anticipata dei prestiti sottostanti. L'impresa ha avviato intervento a tutela della clientela in linea con le richieste dell'IVASS.

1.3.2 Accertamenti ispettivi

Nel caso di ricorrenti e gravi criticità nella trattazione dei reclami vengono proposti accertamenti ispettivi per verificare in loco, presso le imprese o gli intermediari interessati, la correttezza e la trasparenza delle modalità di vendita e di esecuzione dei contratti assicurativi. In particolare nel 2014 sono proseguiti gli accertamenti ispettivi in materia di polizze connesse a mutui e finanziamenti sulle modalità di vendita e di gestione di tali prodotti da parte sia delle imprese di assicurazione che delle banche/finanziarie distributrici. È stata effettuata un'ispezione di *follow up* per verificare l'effettiva implementazione da parte di un'impresa delle misure correttive richieste da IVASS per superare criticità nella gestione e liquidazione di sinistri r.c. auto riscontrate dalla trattazione dei reclami e confermare in una precedente ispezione, sono state effettuate verifiche ispettive su alcuni intermediari operanti per un'impresa estera attiva nel settore cauzioni e per la quale erano state riscontrate numerose criticità. Gli esiti degli accertamenti sono stati trasmessi anche all'Autorità di vigilanza *Home* che ha sospeso temporaneamente l'attività dell'impresa.

Nel corso del secondo semestre 2014 sono stati pianificati accertamenti ispettivi, poi effettuati nei primi mesi del 2015, nei confronti di due imprese per le ricorrenti criticità riscontrate dall'esame dei reclami in relazione alle politiche liquidative dei sinistri, sia nel ramo r.c. auto che nei rami danni connessi, che lasciavano presupporre l'adozione di tecniche dilatorie dei pagamenti.

Inoltre, a seguito di accertamenti ispettivi, sono state riscontrate per un'impresa rilevanti criticità nell'offerta dei prodotti r.c. professionale medica e nella relativa *policy* liquidativa, con sistematici rifiuti al pagamento delle prestazioni. L'IVASS ha disposto il blocco della vendita di uno dei prodotti, ai sensi dell'art. 184, comma 2 del CAP.

1.1.4 - Interventi sull'intervento mercato

Sempre sulla base delle segnalazioni, sia scritte che telefoniche, dei consumatori, sono state emanate le seguenti lettere al mercato.

Tariffazione del rischio r.c. auto. Eliminazione del fattore tariffario "nazionalità di nascita"

A seguito di alcune segnalazioni e di verifiche sui siti aziendali di preventivazione r.c. auto, è stato accertato che alcune imprese adottavano, quale criterio per la determinazione del premio r.c. auto, quello della "nazionalità di nascita" del soggetto assicurato, applicando, a parità di ogni altro elemento oggettivo e soggettivo, una maggiorazione tariffaria ai soggetti nati in alcuni Paesi europei ed extraeuropei. Tale politica assuntiva presenta un elevato contenuto discriminatorio ed è contraria alla Raccomandazione generale del 31 gennaio 2012 adottata dall'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri) in materia di tariffe differenziate per nazionalità delle polizze r.c. auto.

Con lettera al mercato del 26 novembre 2014 l'IVASS è pertanto intervenuto nei confronti delle imprese operanti nel ramo r.c. auto, richiamandole ad evitare comportamenti discriminatori nella tariffazione del rischio r.c. auto e ad eliminare il criterio di determinazione del premio basato sulla nazionalità di nascita dell'assicurato.

Riassunzione r.c. auto on line e offerte di garanzie accessorie – diritto di utilizzo di meccanismi di opt-out

Un ulteriore intervento di sistema è stato posto in essere da IVASS, in coordinamento con l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, sulle vendite forzate di polizze accessorie *on line* attraverso meccanismi di *opt-out* che costringono il consumatore a "deselezionare" le offerte non gradite. In particolare, a seguito di segnalazioni e di verifiche sui siti aziendali di alcune imprese di assicurazione, è stato rilevato che alcune di esse, in particolare quelle che operano attraverso internet, abbinavano nel processo di preventivazione *on line* alla copertura r.c. auto obbligatoria garanzie accessorie quali furto e incendio del veicolo, infortuni del conducente, assistenza stradale, tutela legale, attraverso un meccanismo di preselezione automatica.

L'IVASS è intervenuto con una lettera indirizzata a tutte le imprese operate nel ramo r.c. auto, richiamandole ad evitare forme di abbinamento forzato delle garanzie collegate alla copertura r.c. auto e conseguenti meccanismi di *opt-out*, in quanto contrari ai principi di correttezza e trasparenza.

Contestualmente AGCM ha avviato nei confronti di due imprese di assicurazione procedimenti per possibili pratiche commerciali scorrette ai sensi del Codice del Consumo,

richiedendo il passaggio ad una procedura di preventivazione nella quale il consumatore deve esprimere in modo esplicito la propria volontà di acquistare le garanzie accessorie, selezionando le relative caselle (*opt-in*).

1.4 - La vigilanza sui prodotti e sulle pratiche di vendita

Indagine: "Sei assicurato e forse non lo sai"

A seguito dell'indagine conoscitiva avviata nel 2013 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, è stato pubblicato a luglio 2014 sul sito dell'IVASS il report conclusivo.

L'indagine, ribattezzata "Sei assicurato e forse non lo sai", ha fatto luce su un fenomeno largamente diffuso che coinvolge più di 15 milioni di assicurati con oltre 1.600 tipologie di "pacchetti" offerti a seguito di accordi commerciali tra imprese di assicurazione ed operatori economici di varia natura ed ha fatto emergere criticità che attengono alla scarsa conoscibilità delle coperture assicurative e della loro azionabilità in caso di sinistro da parte degli assicurati, alle modalità di adesione e di scioglimento del contratto assicurativo ed alla non chiara esplicitazione dei costi.

I principali settori commerciali interessati sono quello bancario, sportivo, di viaggio e di *public utilities* (fornitura di acqua, gas, elettricità); i prodotti esaminati sono in genere polizze collettive offerte ad un bacino di utenza ampio eterogeneo e accomunato unicamente dalla circostanza di essere fruttore di un medesimo bene/servizio principale.

Le risultanze dell'indagine sono state trasmesse anche all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, all'Autorità per l'energia elettrica, il gas e il sistema idrico (AEEGS), al Garante della Privacy e alla Banca d'Italia per i profili di rispettiva competenza e per valutare l'opportunità di adottare azioni congiunte a tutela dei consumatori.

Per rafforzare il coordinamento tra le Autorità per una maggiore ed efficace tutela dei consumatori sono stati firmati due protocolli di intesa tra IVASS e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (il secondo ad integrazione del protocollo già stipulato nel 2013) e tra IVASS e l'Autorità per l'energia elettrica, il gas e il sistema idrico.⁴⁹

In relazione ai settori delle *public utilities*, a seguito di tali protocolli e delle analisi svolte congiuntamente da IVASS, AGCM e AEEGS, sono state inviate, a marzo 2015, lettere congiunte delle tre Autorità alle aziende di pubblica utilità e alle relative compagnie assicurative partner, finalizzate ad acquisire ulteriori dati ed informazioni sulla natura e sulle caratteristiche delle polizze assicurative abbinate ai servizi di acqua, gas ed elettricità. Sono in corso le analisi delle informazioni ricevute.

⁴⁹ Con AEEGS il protocollo è stato firmato a febbraio 2015