

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

Tavola V.2

Esito reclami all'IVASS (anno 2016)		
Esito	Numero	% sul totale esposti
Totalmente accolti dall'impresa	6.971	36,7
Parzialmente accolti dall'impresa	3.163	16,6
Non accolti dall'impresa	5.890	31,0
Inviati alle imprese per la trattazione diretta in prima battuta	2.905	15,3
Reclamo trasmesso ad altra Autorità	83	0,4
Totale	19.012	100,0

Il 66,7% dei reclami trattati, pari a oltre 12.600 posizioni, sono stati ricevuti nel 2016; la parte restante ha riguardato la conclusione di posizioni aperte nel 2015.

1.1.1. - I reclami nei rami danni

I reclami riguardanti il comparto danni continuano a essere concentrati nel ramo r.c. auto (68% del totale danni nel 2016, 67% nel 2015), con particolare riferimento all'area sinistri (86,5% del totale ramo) e a quella contrattuale (13,1%).

Tavola V.3

Reclami r.c. auto: distribuzione per tipologia (anno 2016)		
Tipologia	Numero	% totale
Area Sinistri	10.994	86,5
Di cui: Risarcimento diretto	5.424	
Risarcimento ordinario	1.964	
Richiesta di accesso agli atti	1.140	
Altro	2.466	
Area Contrattuale	1.670	13,1
Di cui: Attribuzione classe di merito	683	
Mancato rilascio attestato di rischio	180	
Disdetta polizza	65	
Contestazione polizza	536	
Altro	206	
Area Commerciale	48	0,4
Totale	12.712	100,0

I consumatori lamentano, in primo luogo, ritardi e inefficienze nelle procedure di gestione e liquidazione dei sinistri. Diversi reclami appaiono connessi alla scarsa chiarezza della

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

comunicazione fra impresa o **intermediario** e cliente in fase di collocamento della polizza, da cui può derivare una erronea interpretazione o limitata conoscenza della operatività della garanzia acquistata.

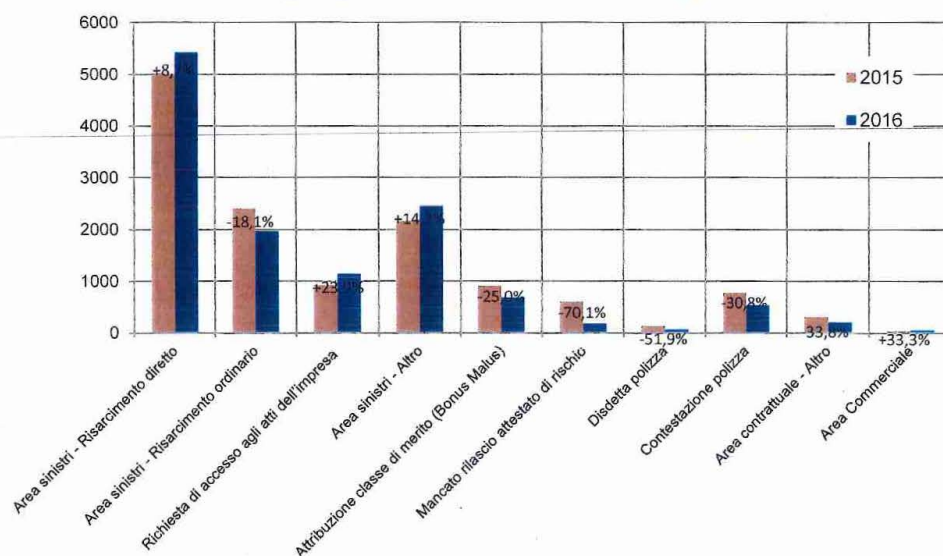
Nei casi di accertata violazione delle disposizioni del CAP sui termini di offerta o pagamento o di ritardo nell'evasione della richiesta di accesso agli atti dei fascicoli dei sinistri r.c. auto, sono stati notificati alle imprese 1.242 atti di contestazione per l'irrogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie.

Diminuiscono le segnalazioni di reclami r.c. auto riguardanti la mancata o ritardata consegna dell'**attestato di rischio** o il rilascio di attestati errati (da 603 nel 2015 a 180 nel 2016), anche per effetto della dematerializzazione dell'**attestato di rischio** (figura V.3).

I reclami riguardanti il sistema di **risarcimento diretto** evidenziano un incremento dell'8,7%, passando da 4.991 a 5.424, mentre per i sinistri r.c. auto gestiti in base alle regole del risarcimento ordinario si registra una flessione del 18,1%, pari a oltre 400 reclami.

Figura V.3

Tipologie dei reclami r.c. auto (2015-2016)



I reclami riguardanti i **rami danni** diversi dalla r.c. auto pervenuti nel 2016 sono stati 5.987, con una riduzione del 7,5% rispetto al 2015. La diminuzione interessa in modo diffuso quasi tutti i rami; fanno eccezione i reclami riguardanti il settore Auto rischi diversi (+11,5%) e il ramo Cauzioni (+16,6%), cui afferisce il delicato settore delle polizze fideiussorie, il cui principale motivo di reclamo è rappresentato dal ritardo nell'escussione della prestazione.

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

Anche nei **rami danni** diversi dalla r.c. auto, le principali cause di reclamo riguardano l'area liquidativa (73%). I reclami relativi all'area contrattuale derivano in buona parte dall'interpretazione delle condizioni di polizza, ivi comprese quelle relative ai termini per l'invio delle disdette.

Tavola V.4

Reclami Altri Rami Danni: distribuzione per area e tipologia (anno 2016)		
Tipologia	Numero	% totale
Area Sinistri	4.356	72,8
Di cui: Ritardo nella definizione del danno	2.463	
Controversie an/quantum	1.670	
Altro	223	
Area Contrattuale	1.588	26,5
Di cui: Disdetta polizza	603	
Contestazione polizza	511	
Mutui e Finanziamenti	218	
Altro	256	
Area Commerciale	43	0,7
Totale	5.987	100

1.1.2. - I reclami nei rami vita

Nel 2016 i reclami relativi ai **rami vita** sono stati 2.733, in diminuzione del 6,8% rispetto al 2015.

I reclami sono concentrati per il 50% nell'area contrattuale e per il 48% nell'area liquidativa, per ritardi nella liquidazione dei sinistri, dei riscatti o del capitale a scadenza.

Diverse segnalazioni hanno riguardato il mancato o ritardato rimborso dei premi non goduti relativi a polizze accessorie a mutui e finanziamenti estinti anticipatamente, per lo più riferiti, tuttavia, a estinzioni intervenute prima dell'entrata in vigore della normativa che ha previsto l'obbligo di rimborso.

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

Tavola V.5

Reclami Rami Vita: distribuzione per area e tipologia (anno 2016)			
Tipologia	2015	2016	% totale
Area Liquidazione	1.627	1.304	47,7
Di cui: Ritardo liquidazione riscatto	769	456	16,7
Ritardo liquidazione del capitale	521	497	18,2
Conteggio valore di riscatto	161	127	4,6
Conteggio capitale a scadenza	90	136	5,0
Altro	86	88	3,2
Area Contrattuale	1.249	1.361	49,8
Di cui: Dubbi regolarità del contratto	305	359	13,1
Mancata risposta a richieste assicurato	116	117	4,3
Trasferimento polizza	93	87	3,2
Rimborso premi/mutui e finanziamenti	366	475	17,4
Altri	369	323	11,8
Area commerciale	56	68	2,5
Totale	2.932	2.733	100,0

1.1.3. - La gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione

Nel 2016 le imprese di assicurazione italiane ed estere hanno ricevuto complessivamente dai consumatori 120.435 reclami⁹³. Con riguardo alle imprese italiane, si registra una flessione del 1,7% rispetto al 2015 (105.100 nel 2016 e 106.908 nel 2015).

Tavola V.6

Reclami delle imprese: distribuzione per comparto (anno 2016)				
	Numero	% su totale	di cui: Imprese italiane	Imprese UE
R.c. auto	55.618	46,2	50.597	5.021
Altri rami danni	39.983	33,2	32.658	7.325
Totale Danni	95.601	79,4	83.255	12.346
Vita	24.834	20,6	21.845	2.989
Totale	120.435	100,0	105.100	15.335

Il ramo r.c. auto rappresenta il segmento nel quale si concentra il maggior numero di reclami, seguito dai **rami danni** diversi dalla r.c. auto e dal comparto vita.

⁹³ A partire da quest'anno, la rilevazione include anche i dati sui reclami ricevuti dalle imprese UE operanti in Italia e che abbiano ricevuto più di 20 reclami.

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

Con riguardo alle sole imprese italiane, per le quali è possibile il confronto con i dati dello scorso anno, aumenta l'incidenza dei danni diversi dall'r.c. auto passando dal 27,9% del 2015 al 31,1%, mentre il comparto vita registra una diminuzione di 3 punti percentuali.

In merito all'esito, il 33% dei reclami sono stati accolti, il 10% transatti, il 52% respinti e il restante 5% risultava in fase di istruttoria a fine 2016.

I tempi medi di risposta si assestano in generale entro i limiti previsti dalla regolamentazione IVASS (45 giorni dal ricevimento del reclamo).

1.1.4. - Pubblicazione sul sito IVASS dei dati sui reclami ricevuti dalle imprese

Nel giugno 2016 sono stati pubblicati per la prima volta sul sito IVASS i dati sui reclami ricevuti da ciascuna impresa di assicurazione, a partire da quelli relativi all'anno 2015. La pubblicazione ha cadenza semestrale e, dal primo semestre 2016, si è arricchita con i dati relativi alle imprese estere operanti in Italia che hanno ricevuto più di 20 reclami.

Tale pubblicazione mette a disposizione dei consumatori utili notizie sulla qualità dei servizi offerti dalle imprese di assicurazione e costituisce un fattore propulsivo per le stesse imprese. L'iniziativa ha prodotto effetti positivi sulla tutela del consumatore, sollecitando l'attenzione degli organi di vertice delle aziende, stimolando interventi sulle cause dei reclami e sui processi sottostanti per ridurre il numero e migliorare la propria posizione rispetto ai competitors.

1.2. - Il Contact Center Consumatori

Il servizio di assistenza telefonica per i consumatori dell'IVASS, attivo da cinque anni, si è confermato anche nel 2016 un valido supporto per i cittadini e uno strumento strategico per la vigilanza sulla corretta condotta di mercato di imprese e intermediari.

Il Contact Center fornisce assistenza ai consumatori con un contatto quotidiano e diretto che consente l'immediata conoscenza di eventuali criticità, facilitando l'adozione tempestiva delle necessarie iniziative di vigilanza.

Nel 2016 sono pervenute al Contact Center 34.873 telefonate (44.069 nel 2015), per una media di 138 al giorno e un tempo medio di attesa per la risposta dell'operatore di soli 26 secondi.

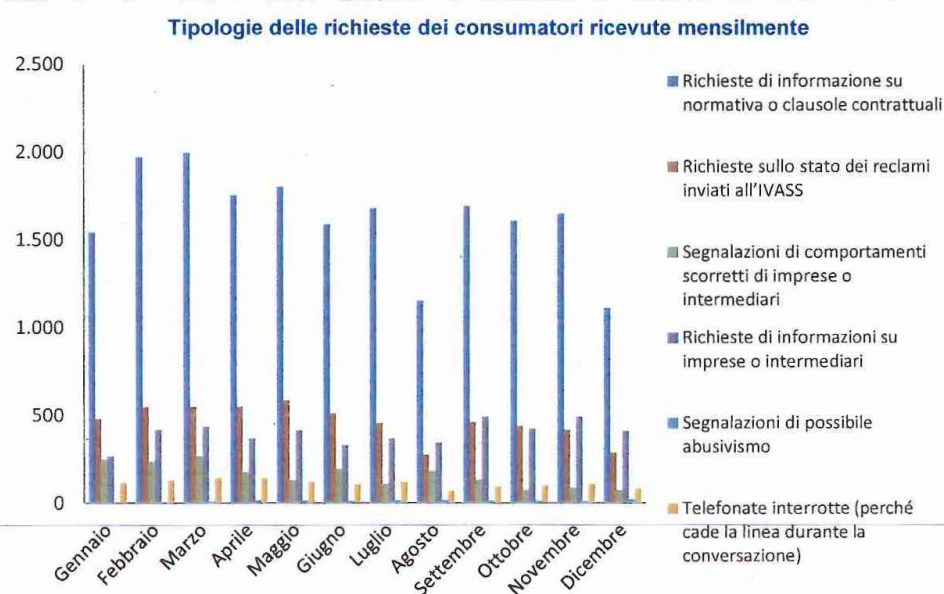
Tavola V.7

Dati sull'attività del Contact Center IVASS (anno 2016)	
Numero chiamate pervenute	34.873
Numero chiamate conversate	32.808
% conversate / pervenute	93,86%
Chiamate conversate in media al mese	2.734
Chiamate conversate in media al giorno	130
Tempo medio di attesa (in secondi)	26
Durata media di conversazione a telefonata (in minuti)	3,48

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

Le richieste dei consumatori hanno riguardato principalmente chiarimenti su diritti e obblighi derivanti dalla normativa e dalle condizioni contrattuali (58%). Visti i frequenti casi di abusivismo, soprattutto *on line*, sono in crescita le chiamate dei consumatori per verificare la regolarità dell'esercizio dell'attività assicurativa da parte di imprese e intermediari (14%).

Figura V.4



Nel 2016, il *Contact Center* ha offerto assistenza telefonica ai numerosi consumatori che hanno chiesto informazioni sulle imprese estere che sono state sottoposte a procedure fallimentari dalle Autorità di Vigilanza del paese in cui risiede la casa madre (c.d. *home supervisor*). In particolare, sono state fornite informazioni sulle modalità per richiedere gli indennizzi o la restituzione del rateo di premio pagato e non goduto.

Diverse telefonate hanno riguardato inoltre le polizze PPI (*Payment Protection Insurance*), con particolare riferimento a fenomeni di *tie-in* (vendita combinata finanziamenti/polizze), di vendita di prodotti assicurativi non adeguati al profilo degli assicurati, e di ritardi nella restituzione del rateo di premio pagato e non goduto per estinzione o surroga del mutuo o finanziamento. Ciò è dovuto anche a una maggiore sensibilizzazione sul tema, a seguito della lettera al mercato IVASS-Banca d'Italia del 26 agosto 2015 sulle polizze abbinate ai mutui e ai finanziamenti.

Un altro fenomeno emerso grazie alle crescenti segnalazioni dei consumatori è quello delle polizze r.c. auto temporanee contraffatte, commercializzate soprattutto tramite siti internet irregolari. Tali siti offrono polizze di breve durata (da pochi giorni ad alcuni mesi), proponendole come vantaggiose per chi usa l'automobile solo per ridotti periodi di tempo o per chi deve ritirare il veicolo e farlo immatricolare.

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

L'IVASS nel mese di marzo 2017 ha pubblicato un avviso per i consumatori con le accortezze da seguire per non cadere nella rete delle polizze temporanee false, perdendo soldi ed esponendosi al rischio di guidare senza copertura assicurativa, con possibilità di sequestro del veicolo, ritiro della patente e di essere esposti a richieste in caso di sinistro.

Anche nel 2016 sono state numerose le richieste delle Pubbliche Amministrazioni e delle Forze dell'ordine di verifica della regolare autorizzazione/abilitazione delle imprese di assicurazione o degli intermediari assicurativi.

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

Sulla base dell'analisi dei reclami inviati dai consumatori, delle segnalazioni telefoniche al Contact Center e delle relazioni semestrali sui reclami complessivamente ricevuti dalle imprese (inviata all'IVASS su base semestrale), sono state individuate le cause più ricorrenti di lamentela, originate da disfunzioni dei processi e delle politiche aziendali, e svolti i conseguenti interventi di vigilanza nei confronti delle imprese interessate, calibrati in relazione al tipo e alla gravità delle criticità rilevate.

In particolare, sono stati effettuati accertamenti ispettivi presso la sede di una impresa, inviate lettere c.d. "alla radice" a sette imprese italiane, chiedendo di porre in essere i necessari interventi per rimuovere le cause sottostanti ai reclami, convocati i rappresentanti aziendali di dieci società e, in presenza di un problema trasversale, legato alla carenza di motivazione dei dinieghi di risarcimento dei sinistri r.c. auto, è stata emanata una lettera al mercato (cfr. II.4.3.3 e IV.1.3.2.).

1.3.1. - Interventi sulle singole imprese

Dall'analisi dei reclami è emersa anche per il 2016 una rilevante concentrazione dei motivi di insoddisfazione dei consumatori nel ramo r.c. auto e in particolare nell'area liquidativa, per ritardi nella liquidazione dei risarcimenti dei danni e per la non corretta evasione delle richieste di accesso agli atti dei fascicoli di sinistro. L'IVASS è intervenuto nei confronti di tre imprese con lettere di rilievo specifiche e convocazione degli esponenti aziendali di ulteriori tre imprese per approfondire le cause dei reclami e individuare criticità nei processi aziendali di liquidazione dei sinistri e gestione delle richieste di accesso agli atti.

Alle società è stato chiesto di porre in essere le necessarie azioni di rimedio per garantire la velocizzazione dei tempi di liquidazione dei sinistri r.c. auto, attraverso il potenziamento e la razionalizzazione degli applicativi informatici, la riorganizzazione della corrispondenza in entrata, il rafforzamento delle risorse dedicate e la sensibilizzazione della rete liquidativa (periti, liquidatori, medici legali) al rigoroso rispetto della tempistica di legge posta a tutela dei danneggiati. Gli interventi hanno prodotto un miglioramento delle *performances* liquidative, come evidenziato dalla successiva riduzione dei reclami sulle aree oggetto delle azioni mirate dell'IVASS.

È proseguita l'osservazione dei rimedi adottati, su impulso IVASS, da tre imprese per la risoluzione di problemi su polizze danni vendute contestualmente ai contratti r.c. auto (in particolare, per infortunio del conducente). I consumatori lamentano che, nonostante

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

l'eliminazione *ex lege* del tacito rinnovo per la polizza r.c. auto, avevano continuato a ricevere solleciti di pagamento, anche attraverso società di recupero crediti, per premi relativi alle garanzie accessorie, non avendo inviato formale disdetta. Alle imprese che ancora presentano reclami su tale aspetto è stato fatto presente che i contratti sono strettamente connessi e che quindi deve essere superata la necessità meramente convenzionale della formalizzazione della disdetta per il contratto accessorio. A seguito dell'intervento dell'IVASS – per i contratti già stipulati – le imprese hanno modificato la propria *policy* accogliendo le richieste di annullamento degli assicurati e interrompendo eventuali azioni di recupero crediti già avviate; un'impresa ha modificato per i contratti di nuova emissione le clausole relative alla proroga del contratto abbinato sugli infortuni del conducente, assimilandolo al contratto r.c. auto senza tacito rinnovo.

Medesima attività è stata svolta sulle disdette di polizze poliennali dei **rami danni**, attraverso un attento controllo degli effetti delle misure correttive poste in essere da due imprese, su richiesta dell'Istituto.

Sempre in tema di corretta gestione delle disdette, sono stati effettuati interventi mirati su due imprese per cui emergeva una tendenza a contestare la validità della disdetta con motivazioni di carattere meramente formale (comunicazione inviata via fax invece che con raccomandata a/r). Le imprese hanno rivisto i processi interni riconoscendo, per i contratti già stipulati, l'effettiva volontà dell'assicurato di risolvere il contratto indipendentemente dalla modalità di disdetta; per i nuovi contratti è stata prevista la possibilità per gli assicurati di utilizzare modalità di invio delle disdette diverse dalla raccomandata a/r.

Sono state oggetto di particolare attenzione due imprese operative nei rami infortuni e malattia, nei confronti delle quali è stata rilevata una significativa crescita dei reclami e una pronunciata conflittualità nella fase di gestione e liquidazione dei sinistri. A seguito della convocazione dei rappresentanti aziendali, sono stati chiesti specifici interventi correttivi e presidi di controllo sugli operatori dei *back-office*. Nei confronti di una delle due imprese, l'attività di vigilanza è stata effettuata anche attraverso indagini ispettive mirate.

Le segnalazioni dei consumatori nel comparto vita hanno riguardato principalmente i ritardi nei tempi di liquidazione delle prestazioni assicurative (**sinistro**, riscatto e liquidazione del capitale a scadenza), in parte determinate da disfunzioni aziendali collegate alla non tempestiva e incompleta richiesta e acquisizione della documentazione necessaria. In proposito, sono stati avviati nei confronti di due imprese numerosi procedimenti sanzionatori per violazione dei principi di correttezza nell'esecuzione dei contratti ai quali sono tenute le imprese ai sensi dell'art. 183 del CAP, non avendo le imprese interessate rispettato i termini previsti dal contratto per procedere alla liquidazione a favore degli aventi diritto delle prestazioni dovute.

L'IVASS ha proseguito l'azione di vigilanza nei confronti di due imprese operanti nel settore vita per verificare l'attuazione delle misure correttive chieste in precedenti interventi e i conseguenti effetti in termini di maggiore efficienza dei processi aziendali e di riduzione dei motivi di insoddisfazione della clientela; gli interventi dell'Istituto hanno determinato una riduzione consistente (per un'impresa pari a circa il 30%) del numero dei reclami degli assicurati.

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

*1.3.2. - Interventi sull'intero mercato**Lettera del 15/12/2016 - Reclami relativi alla liquidazione dei sinistri r.c. auto. Dinieghi di risarcimento*

L'iniziativa parte da reclami che lamentavano rifiuti dei risarcimenti r.c. auto senza adeguata motivazione. Le imprese si limitavano, nei casi rilevati, a contestare al danneggiato in modo generico il nesso di causa tra i danni subiti e l'evento denunciato, senza alcun riferimento ai risultati dell'istruttoria (perizie sui veicoli; testimonianze; dati della *scatola nera* presente sul veicolo; ecc.) e agli specifici motivi di incoerenza riscontrati. In questo modo i danneggiati non sono in grado di conoscere i reali motivi che escludono il risarcimento del danno, con conseguente malcontento e contenzioso con l'impresa. Le imprese sono state richiamate a rivedere entro il 30 aprile 2017, anche attraverso l'analisi dei reclami, i propri processi liquidativi, a riformulare i testi delle comunicazioni di diniego.

1.4. - La vigilanza sui prodotti e sulle pratiche di vendita*1.4.1. - Analisi dell'offerta*

È proseguita l'attività, avviata nel 2015, di analisi semestrale delle tendenze dell'offerta di prodotti vita e danni e delle novità introdotte nel mercato italiano. Sono state utilizzate le basi informative dell'Istituto e le fonti esterne (siti web delle imprese, portali specializzati e stampa).

Per il 2016 gli approfondimenti hanno rilevato un maggiore utilizzo delle tecnologie digitali per ripensare prodotti, tecniche di vendita e relazioni con i clienti. Sono sempre più diffuse le app, scaricabili su dispositivi mobile, che consentono di avere a disposizione e gestire il proprio portafoglio polizze e una stretta interconnessione con servizi innovativi di *customer care* abbinati alle polizze connesse.

Si assiste anche alla tendenza a una maggiore profilazione ex-ante del cliente, con modalità interattive di acquisizione di informazioni chiave.

Hanno fatto la comparsa sul mercato italiano le prime forme di piattaforme *peer-to-peer* che consentono ai clienti di condividere la responsabilità dei propri sinistri con gli altri componenti di un gruppo di riferimento, attraverso il riconoscimento periodico di bonus sulla base del numero o dell'importo dei sinistri del gruppo (cfr. I.7.2).

Nel settore delle polizze vita si osserva il consolidamento dell'offerta di nuovi prodotti multiramo (combinazioni di ramo I e ramo III) e, al contempo, la conferma che le polizze rivalutabili, nonostante gli effetti della prolungata fase di bassi tassi di interesse, rappresentano ancora il *core business*. La tendenza consolidata delle imprese è di offrire polizze vita rivalutabili con garanzia di rendimento medio annuo solo a scadenza e di non applicare caricamenti frontali sul premio, ma solo costi indiretti sotto forma di trattenute sul rendimento realizzato dalle gestioni separate. Non sono state commercializzate nuove polizze *index linked* e il lancio di nuovi prodotti *unit linked*, dopo il forte incremento del 2015, si è dimezzato.

Elevato è stato il numero di nuove polizze collettive legate a mutui e finanziamenti (c.d. *Payment Protection Insurance - PPI*), fenomeno che è diretta conseguenza della lettera al mercato

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

IVASS - Banca d'Italia del 26 agosto 2015 e delle richieste alle imprese di rivedere i propri prodotti per renderli più aderenti ai target di clientela a cui sono destinati.

Per i rami danni diversi dalla r.c. auto, si è rilevata la crescente introduzione di prodotti che, accanto alle coperture assicurative alla persona (*long term care*, infortuni e malattia), erogano servizi volti a facilitare la vita quotidiana dell'assicurato e dei suoi familiari nel momento del bisogno: dal disbrigo di pratiche amministrative, a interventi a domicilio, *tutor* medico, supporto psicologico, consulenza per l'adattamento dell'abitazione e del veicolo in caso di disabilità, ecc..

Si conferma la diffusione, soprattutto nelle coperture sulla salute e sull'abitazione, di polizze che si avvalgono di *device* digitali (ad esempio, braccialetti elettronici o dispositivi collegati alla domotica). La rilevazione di parametri sanitari (quale la pressione sanguigna o il livello di glucosio nel sangue) consentono di accedere a degli sconti così come l'adozione di stili di vita salutari monitorati e favoriti dalla disponibilità di allenatori virtuali (*coaching app*). Per quanto riguarda le abitazioni vengono offerti, in abbinamento alle coperture assicurative tradizionali, servizi di prevenzione con dispositivi che gestiscono allarme e informazioni in tempo reale sullo stato del rischio e che forniscono assistenza in caso di bisogno.

L'evoluzione del mondo digitale impatta anche sulla diffusione di micro-assicurazioni di breve durata, proposte al cliente nel momento in cui si presenta la necessità.

Sono in crescita le coperture assicurative per gli animali domestici, per problemi di salute dell'animale e per i danni che potrebbero causare a terzi.

Con riferimento alla r.c. auto, sono in significativo aumento le polizze che prevedono l'utilizzo di dispositivi elettronici (scatole nere, sensori, videocamere ecc.), per raccogliere informazioni su stile di guida, incidenti, furti, localizzazione, traffico, condizioni meteo ecc.. I dati rilevati danno alle imprese la possibilità di personalizzare il pricing con tariffe legate all'effettivo utilizzo del mezzo, al tipo di strade percorse e allo stile di guida e di offrire servizi innovativi quali l'assistenza a distanza in caso di sinistro, l'educazione alla guida, sia con report periodici che con feedback immediati sulle modalità di guida adottate, la segnalazione di possibili comportamenti pericolosi o dispendiosi in termini di consumo energetico, la localizzazione del veicolo, etc. (cfr. I.6.6.4).

1.4.2. - Contratti di assicurazione abbinati ai viaggi

Negli ultimi mesi dell'anno sono pervenute segnalazioni di anomalie nelle polizze proposte da due imprese per consentire l'adempimento degli obblighi introdotti dalla legge 29 luglio 2015, n. 115 in capo agli organizzatori (*tour operators*) e ai distributori di pacchetti turistici (agenzie di viaggi) ai sensi dell'art. 50 del Codice del Turismo. La norma prevede la sottoscrizione da parte degli operatori turistici di idonee garanzie, assicurative o bancarie, a beneficio dei propri clienti per la rifusione del prezzo pagato e delle eventuali e conseguenti spese di rimpatrio, in caso di insolvenza o fallimento degli operatori stessi.

Nei contratti sotto osservazione, circostanze del tutto estranee all'inconsapevole consumatore/assicurato, quali il mancato pagamento anche parziale dei premi, l'omissione o l'incompletezza da parte del contraente di comunicazioni che influiscono sulla determinazione

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

del rischio o il superamento del limite assuntivo in corso di contratto, facevano venir meno la garanzia prestata a favore del consumatore.

Nonostante un quadro legislativo frammentato e disomogeneo, soprattutto per quanto attiene alla formula idonea ad assolvere l'obbligo assicurativo⁹⁴, l'IVASS è intervenuto presso le imprese e, in ottica di tutela piena ed effettiva del consumatore / viaggiatore / assicurato, ha chiesto a entrambe le compagnie modifiche sostanziali delle clausole contrattuali, richiamando al rispetto delle regole di correttezza e trasparenza nei confronti degli assicurati. Le imprese hanno modificato le condizioni contrattuali secondo le indicazioni IVASS.

In considerazione dell'ampiezza degli interessi coinvolti e dell'impatto sull'intero mercato delle polizze per gli operatori turistici, l'IVASS ha indirizzato nel 2017 una lettera a tutte le imprese operanti in Italia con indicazioni prescrittive in materia.

1.4.3. - Polizze abbinate ai finanziamenti (PPI): attività di follow-up

È stata svolta un'attività di *follow-up*, a distanza e ispettiva, sui prodotti PPI per verificare le azioni correttive adottate da imprese e intermediari finanziari per il riallineamento dei prodotti e delle modalità di offerta e di esecuzione dei contratti alle indicazioni della lettera al mercato IVASS - Banca d'Italia dell'agosto 2015.

L'attività ha interessato 17 imprese di assicurazione rappresentative di circa il 65% dei premi PPI e 11 intermediari (banche e società finanziarie), ai quali è stato chiesto di trasmettere i piani d'azione approvati dai consigli di amministrazione per verificarne la coerenza con le indicazioni della lettera al mercato. Sono state convocate 6 imprese di assicurazione per le quali si è proceduto all'esame preliminare dei nuovi prodotti e della nuova documentazione utilizzata nelle relazioni con gli assicurati (*welcome letter*, questionari di adeguatezza del contratto, questionari sanitari per la valutazione dello stato di salute). È stata acquisita la *policy* aziendale per la liquidazione dei sinistri relativi ai vecchi contratti assunti con una dichiarazione di buono stato di salute precompilata e i dati sui tassi di rigetto dei sinistri relativi agli anni 2015 e 2016 per verificare l'effetto della nuova *policy* liquidativa. Infine, sono stati analizzati i reclami sui PPI pervenuti all'IVASS dopo la realizzazione delle misure previste dai piani di azione.

Nel complesso si delinea un quadro positivo, che conferma l'effettiva realizzazione degli interventi pianificati dalle imprese per allinearsi alle richieste dei Regolatori. In particolare:

- i prodotti con garanzie rotanti sono stati sostituiti con prodotti disegnati per specifici *target* di clientela in base allo status professionale (lavoratori dipendenti privati, dipendenti pubblici e lavoratori autonomi). La garanzia sulla perdita d'impiego, tuttavia, a causa della difficoltà di tariffare il rischio su lunghi periodi se non a costi molto elevati, è offerta, in genere, solo in abbinamento a operazioni di prestito di durata non superiore ai 10 anni;
- la dichiarazione di buono stato di salute è stata sostituita dai questionari sanitari che rivolgono specifiche domande all'assicurato in relazione a un elenco di malattie preesistenti e

⁹⁴ In assenza di decreti attuativi della legge 29 luglio 2015, n. 115 (c.d. legge europea 2014).

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

diagnosticare, limitando l'orizzonte temporale di osservazione. In alcuni casi e per capitali assicurati di piccolo importo, l'assunzione del rischio avviene senza questionario, con rinuncia però delle imprese a eccepire malattie pregresse in fase liquidativa. L'Istituto è intervenuto ulteriormente nei confronti di alcune imprese per rimuovere opacità nelle domande sullo stato di salute (ad esempio, non era chiaro se l'elenco di malattie fosse esaustivo o esemplificativo, in alcuni casi non venivano poste domande in relazione a specifiche cause di esclusione previste nelle condizioni contrattuali);

- le *policy* liquidative in linea generale sono state modificate in senso più favorevole all'assicurato anche in presenza di contratti assunti con la semplice dichiarazione di buono stato di salute. I dati sui sinistri confermano i miglioramenti, con una riduzione significativa dei tassi di rigetto. I reclami pervenuti dopo l'attuazione dei piani registrano un forte decremento rispetto al 2015. Particolarmente delicati restano gli aspetti legati alla valorizzazione da parte delle imprese, in fase liquidativa, del nesso di causalità tra patologie preesistenti e sinistro, della gravità della malattia pregressa e dell'orizzonte temporale di riferimento per le patologie preesistenti, su cui l'Istituto mantiene alta l'attenzione in sede di esame dei reclami;
- in alcuni casi, i questionari per la verifica dell'adeguatezza del contratto presentavano, anche dopo la revisione, domande che apparivano come richieste di dichiarazioni liberatorie e che ribaltavano sul cliente la valutazione dell'adeguatezza del contratto che, invece, compete all'*intermediario*. In taluni casi è stata riscontrata la mancanza di specifica richiesta sullo status lavorativo di appartenenza. Anche in questi casi l'IVASS ha chiesto la rimozione degli aspetti critici emersi;
- sono stati rafforzati i controlli sugli intermediari implementando flussi informatici diretti e controlli a campione da parte degli uffici assuntivi delle imprese e della *funzione* di revisione interna degli intermediari.

In caso di estinzione anticipata totale del finanziamento sono stati attivati processi automatici per la restituzione del premio non goduto anche senza espressa richiesta del cliente e aggiornate le condizioni contrattuali con l'indicazione della formula per il calcolo del premio oggetto di rimborso. In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento, invece, non tutti gli operatori avevano implementato i processi per la restituzione del premio a fronte della riduzione del rischio. L'Istituto, per garantire la piena tutela degli assicurati e il *level playing field* tra gli operatori, è intervenuto con una lettera al mercato il 3 aprile 2017, con cui è stato chiesto a imprese e *intermediari* di implementare, entro il 2 luglio 2017, le procedure per il rimborso del premio non goduto anche nei casi di parziale estinzione anticipata del finanziamento e di disciplinare contrattualmente tale ipotesi.

1.4.4. - Semplificazione dei contratti

A ottobre 2016, l'IVASS ha incontrato, insieme ad AGCM, le Associazioni dei Consumatori, delle imprese e degli *intermediari*, per affrontare il tema della semplificazione delle condizioni dei contratti di assicurazione. Obiettivo dell'IVASS è di intervenire in chiave di semplificazione e trasparenza sulle condizioni contrattuali delle polizze assicurative, per evitare clausole che possono fuorviare il consumatore e creare motivi di conflitto in caso di *sinistro*.

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

I reclami degli assicurati e le segnalazioni al *Contact Center* dimostrano la necessità di eliminare sovrapposizioni e ridondanze, introducendo un linguaggio più comprensibile, predisponendo testi contrattuali con un numero limitato di clausole semplici, chiare e univoche, soprattutto in tema di garanzie (ciò che è coperto dall'assicurazione) ed esclusioni (ciò che non è coperto).

Su questo tema, su impulso dell'IVASS, è stato costituito un tavolo tecnico tra ANIA, Associazioni dei consumatori e degli intermediari che, con il supporto del mondo accademico, sta lavorando in particolare alle modalità con cui rivedere il linguaggio dei contratti. Nelle more della conclusione di questi lavori IVASS interverrà comunque con delle linee guida sui punti di maggiore criticità in chiave sostanziale e non solo di linguaggio.

1.4.5. - Semplificazione della nota informativa danni

Si è concluso l'esame dei commenti degli *stakeholders* in merito ai documenti in pubblica consultazione sulla semplificazione della nota informativa delle polizze danni che, ai sensi del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", l'IVASS deve adottare per agevolare le relazioni tra imprese, intermediari e consumatori.

I nuovi schemi di nota informativa sottoposti a pubblica consultazione, uno per i contratti del ramo r.c. auto, l'altro per gli altri rami danni, definiscono un formato standardizzato e separato rispetto alle condizioni contrattuali per facilitare la confrontabilità delle offerte, con struttura a domanda-risposta per richiamare immediatamente l'attenzione sulle informazioni chiave da conoscere prima di sottoscrivere la polizza. È stato adottato un linguaggio chiaro e diretto per favorire la comprensione dei contenuti contrattuali, eliminando qualsiasi rinvio a condizioni di polizza o a riferimenti normativi. È stata inoltre prevista la consegna anche in formato digitale, previo consenso del contraente, in linea con recenti orientamenti normativi.

La proposta di semplificazione ha tenuto conto, in un'ottica di razionalizzazione dell'informativa precontrattuale ad ampio spettro, dei principi ispiratori della concomitante disciplina europea sulla distribuzione assicurativa, recata dalla Direttiva IDD. Essa prevede che i distributori di prodotti assicurativi dovranno fornire alla clientela un documento (IPID) redatto dai produttori in formato e contenuto standardizzato a livello UE, che descriva sinteticamente la polizza per agevolare il cliente nella comparazione e orientarlo nella scelta del prodotto più opportuno.

La nuova nota informativa e l'IPID presentano molte caratteristiche comuni quali, ad esempio, la standardizzazione del formato, la struttura a domanda-risposta e il tipo di informazioni relative al prodotto, che la nuova nota informativa, nel rispetto comunque del CAP, tratta in modo analogo a quanto previsto per l'IPID. Rimangono fuori dal perimetro di quest'ultimo le informazioni sulle modalità per presentare un reclamo o per richiedere la liquidazione di un sinistro, presenti invece in nota informativa, e, in generale, la possibilità di una descrizione maggiormente esaustiva in caso di prodotti complessi (ad esempio, opzioni aggiuntive che danno diritto a uno sconto di premio), in ragione della struttura standard e della limitata lunghezza (ordinariamente due pagine, eccezionalmente tre) del documento europeo.

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

La Direttiva non prevede che l'IPID sia alternativo agli altri documenti informativi, anzi fa esplicito rinvio alla possibilità che possa coesistere con la nota informativa. Tuttavia, una reale semplificazione mal si concilia con l'introduzione di un ulteriore documento precontrattuale.

Pertanto l'IVASS, per realizzare un'effettiva semplificazione evitando inutili duplicazioni e tenuto conto degli sviluppi della normativa europea⁹⁵, sta valutando l'adozione diretta, all'indomani della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale e fermo restando i tempi concessi al mercato per adeguarsi al nuovo regime, del modello informativo europeo (IPID), da accompagnare con un ulteriore documento destinato a raccogliere esclusivamente le informazioni eccedenti che per materia o per estensione, il formato chiuso dell'IPID non consente di inserire.

1.4.6. - Polizze vita "dormienti"

L'IVASS ha avviato un'indagine sulle polizze vita dormienti⁹⁶, che non sono state pagate ai beneficiari e giacciono presso le imprese di assicurazione già prescritte o in attesa della prescrizione. Può trattarsi di polizze per il caso di morte dell'assicurato, delle quali i beneficiari non erano a conoscenza, o di polizze di risparmio giunte a scadenza e non rimosse dagli interessati.

Secondo l'attuale quadro normativo i diritti derivanti dalle polizze vita si prescrivono in dieci anni e, trascorso tale termine, le somme confluiscono nel Fondo Rapporti Dormienti istituito presso la Consap.

Considerato che, attraverso la sottoscrizione di polizze vita i cittadini compiono un atto previdenziale e di risparmio per la protezione del proprio futuro e di quello dei propri cari, è di fondamentale importanza che le prestazioni siano effettivamente pagate ai beneficiari designati e che le imprese, chiamate ad adempiere alla prestazione con diligenza e correttezza, assumano ogni iniziativa per evitare che le somme assicurate vadano prescritte.

Devono comunque essere riconosciuti i limiti dell'attuale quadro di riferimento che non agevola gli operatori nel ritrovamento dei legittimi beneficiari, limiti che gli interventi di vigilanza e la sensibilizzazione delle imprese e dei consumatori non possono risolvere appieno. Oggi l'unico strumento a disposizione dei cittadini per verificare l'eventuale stipula di una polizza vita da parte di un familiare deceduto è il servizio privato "Ricerca coperture assicurative vita" offerto dall'ANIA, mentre dal lato delle imprese la mancanza di un accesso diretto alle anagrafi non consente una immediata verifica dei decessi dei propri assicurati.

L'IVASS ha pertanto inviato il 3 marzo 2017, una lettera al Governo segnalando la necessità, anticipata pubblicamente in occasione dell'avvio dell'indagine, di modifiche legislative

⁹⁵ EIOPA ha consegnato alla Commissione Europea il *draft dell'implementing technical standard (ITS)* sull'IPID il 7 febbraio scorso. La Commissione ha tre mesi di tempo da tale data per decidere se approvare l'ITS, approvarlo in parte o con emendamenti. Una volta che la Commissione avrà emanato il Regolamento ITS, il format dell'IPID sarà "blindato", dovrà cioè essere utilizzato senza alterazioni in tutti i Paesi dell'U.E.

⁹⁶ Indagine relativa alle polizze vita "dormienti" - Lettera al mercato dell'8 febbraio 2017 (<https://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/index.html>).

LA TUTELA DEI CONSUMATORI

per consentire alle imprese di assicurazione l'accesso all'istituenda Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente e per introdurre l'obbligo della sua consultazione da parte delle imprese di assicurazione almeno una volta l'anno per verificare i decessi degli assicurati e attivare il pagamento delle somme dovute.

L'indagine avviata in parallelo si propone di raccogliere dati sul numero di polizze potenzialmente dormienti e sui relativi capitali assicurati (riferiti a un orizzonte di cinque anni per polizze caso morte, miste, capitali differiti, rendite differite e capitalizzazione), per poter costruire primi indicatori, nonché di rilevare i processi adottati dalle imprese per la verifica dei decessi degli assicurati e rintracciare gli aventi diritto alle prestazioni assicurate.

Un particolare focus ha riguardato i contratti che non hanno una scadenza definita, come le assicurazioni a vita intera, per i quali sono state chieste le consistenze di numeri e importi delle polizze in vigore al 31 dicembre 2016, sia di quelle con anti-durata non inferiore a 10 anni per cui non sono state rilevate nell'ultimo triennio operazioni da parte dell'assicurato sia di quelle in cui gli assicurati hanno un'età elevata (tra gli 85 anni e i 100 e più anni).

Dalle prime analisi risultano 4 milioni di polizze scadute negli ultimi cinque anni, non liquidate per le quali le imprese ignorano se l'assicurato sia deceduto prima della scadenza contrattuale. Su queste polizze occorrono ulteriori indagini per verificare se sono riferite a persone effettivamente decedute.

Il 95% di queste polizze è riferito ad assicurazioni temporanee per il caso di morte. Per queste polizze quelle potenzialmente dormienti rappresentano una percentuale molto alta rispetto ai contratti emessi (il 58%), mentre per le polizze che prevedono anche prestazioni in caso di vita (tipo misto e rendite) e per le capitalizzazioni l'incidenza è contenuta (2,4%).

Per quanto riguarda le assicurazioni a vita intera, senza scadenza definita, a fine 2016 risultano in vigore 430 mila polizze di assicurati con età non inferiore a 90 anni. Oltre 2.500 polizze si riferiscono ad assicurati oltre i 100 anni di età.

È, in ogni caso, positivo che, in occasione dell'indagine [IVASS](#), diverse imprese hanno posto in essere specifici processi di verifica sul fenomeno.

1.4.7. - Product oversight and governance arrangements (POG)

La Direttiva UE n. 2016/97 sulla distribuzione assicurativa (Direttiva IDD) ha previsto in capo a produttori e distributori obblighi di *product governance* chiedendo un processo di governo e controllo dei [prodotti assicurativi](#) (POG) immessi sul mercato.

In attesa che il *framework* normativo europeo si definisca compiutamente con il recepimento della Direttiva IDD entro il 23 settembre 2018 e con l'emanazione degli Atti Delegati della Commissione Europea, EIOPA ha approvato nell'aprile 2016 le *preparatory guidelines* per fornire alle Autorità nazionali indicazioni per agevolare la preparazione dei rispettivi mercati all'entrata in vigore della nuova disciplina e garantire uniformità di applicazione. Le Linee guida rendono il settore assicurativo coerente con la recente normativa comunitaria, declinata per il settore finanziario nella Direttiva MIFID II e negli orientamenti

L'azione di vigilanza a tutela dei consumatori

dell'ESMA, arricchendola di alcune specificità assicurative, per garantire un *level playing field* nella tutela del consumatore.

Tra i presidi di *governance* (cd. *POG arrangements*) previsti a carico dei produttori, vi è la definizione di appropriate procedure per identificare il mercato di riferimento dei prodotti (*target market*) e garantirne fin dalla progettazione l'allineamento agli interessi e agli obiettivi dei consumatori, nonché per monitorare che gli stessi mantengano nel tempo tale coerenza. A carico dei distributori vi è l'obbligo di adottare una *policy* distributiva e di instaurare scambi di informazioni con il produttore relativamente al prodotto, al mercato di riferimento e all'eventuale sopravvenuta non rispondenza del prodotto alle esigenze di quest'ultimo.

A seguito della dichiarazione di *intend to comply* alle Linee guida, l'IVASS ha predisposto una lettera per stimolare il mercato assicurativo italiano al recepimento della Direttiva, tenuto conto del considerevole impatto della nuova disciplina sui processi organizzativi e gestionali, delle imprese e degli intermediari e delle indicazioni raccolte in una consultazione preliminare con i principali rappresentanti del mercato,

La lettera⁹⁷, posta in pubblica consultazione il 10 gennaio 2017, condivide l'approccio preparatorio delle Linee guida EIOPA, chiedendo a produttori e distributori di effettuare una *gap analysis* della struttura organizzativa, dei processi operativi e delle misure in essere per valutarne la distanza rispetto agli obiettivi delineati nelle Linee guida, da adottarsi in base a un principio generale di proporzionalità, e di pianificare le conseguenti azioni. La pubblica consultazione si è chiusa il 15 febbraio 2017 e sono in corso le valutazioni dei commenti ricevuti.

1.4.8. - Polizze abbinate a prestiti finalizzati

Alla fine del 2016 un'Associazione di Consumatori ha trasmesso ad AGCM, Banca d'Italia e IVASS una segnalazione sugli esiti di un *mystery shopping* presso concessionari auto di varie marche automobilistiche che pubblicizzavano veicoli da acquistare con il ricorso a prestiti finalizzati, spesso erogati da finanziarie appartenenti allo stesso gruppo della casa costruttrice del veicolo, abbinati a coperture assicurative.

Le irregolarità attinenti a profili di competenza dell'IVASS riguardavano la mancata consegna della documentazione informativa del contratto assicurativo abbinato all'operazione di finanziamento, l'assenza di chiare indicazioni da parte dei concessionari sui costi dei prodotti assicurativi abbinati a quelli finanziari, la tendenza a far apparire obbligatoria la garanzia assicurativa abbinata al prestito, la presentazione di un unico preventivo per le coperture vita.

L'IVASS ha quindi chiesto a 13 compagnie di assicurazione (quasi tutte estere) e a 9 enti finanziatori collegati ad almeno 13 case automobilistiche, oggetto del *mystery shopping*, di trasmettere entro 60 giorni gli accordi stipulati tra compagnie, società finanziarie e case automobilistiche, accompagnati da una relazione sulle caratteristiche dei prodotti assicurativi

⁹⁷ <https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/pubbl-cons/2017/01-pc/index.html>