

Attualità

UEEA

PERIODICO DI INFORMAZIONE E DI SERVIZIO DELL'UNIONE EUROPEA ASSICURATORI

5/2014



ANNO XVIII / NOVEMBRE-DICEMBRE 2014

**Intervista al Direttore Generale di
Vittoria Assicurazioni, Cesare Caldarelli**

**Convegno & Workshop Monza:
"Classificazione dei danni assicurabili e
criteri generali di stima" e
"Plus qualificanti dell'Impresa-Agenzia"**

**Convegno UEA
"L'intermediazione assicurativa
professionale per un nuovo
sistema sanitario tra fondi e
società mutue"**

Milano, 27 novembre 2014





“SANA EUNTE ET REDEUNTE NAVE”

“**Che la nave vada e ritorni sana**”. Questo era l’auspicio con cui si concludevano nel Medioevo i primi contratti di assicurazione marittima. E questa è la massima scelta da Uea come metafora beneaugurante della lunga navigazione associativa.

Il delfino, creatura generosa e fidata, nelle antiche leggende guidava l’uomo in porto tra le insidie e i pericoli dei viaggi per mare. E Uea ha abbinato nel suo logo la massima al delfino per visualizzare il ruolo dell’intermediario: guida generosa e fidata del proprio assicurato.

I soci Uea si identificano in questa allegoria marinare. E da provetti “delfini” garantiscono a clienti e compagnie professionalità e competenza.

“**May the ship safety go and return**”. This was the good omen which closed the first marine insurance agreements in the Middle Age. And this is the catchword chosen by Uea as a wishful metaphor of the long insurance sailing.

The dolphin, a generous and reliable creature, in the ancient legends guided the man to the harbour among the traps and dangers of the journeys by sea. Uea has combined the principle and the dolphin in its logo to better visualize the role of the intermediary: a generous and reliable guide for its policy holder.

Uea members identify themselves in this sailor-like allegory. And they assure their professionalism and ability to clients and companies just like skilled “dolphins”.

DIRETTORE EDITORIALE RESPONSABILE AD INTERIM

Francesco Barbieri

COMITATO EDITORIALE

Vittorio Brambilla di Civesio
Roberto Conforti
Carlo Colombo
Anna Fasoli
Filippo Gariglio
Elio Pugliese
Marina Robino
Roberto Sanna
Alfonso Santangelo
Carlo Sperandeo
Giuseppe Villa

EDITORE

Unione Europea Assicuratori
Milano

DIREZIONE • REDAZIONE

Via De Amicis, 57
20123 Milano
Tel. 02.875315 • Fax 02.72002417

Internet: www.uea.it
e-mail: info@uea.it

COORDINAMENTO REDAZIONALE

Diana Pastarini

CREDITS FOTO E VIDEO

Gianluigi Mazzoleni

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Carabelli

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Grafiche A.B.B.A. - Lainate (Mi)

STAMPA

Grafiche A.B.B.A.
via Bergamo, 1/A - 20020 Lainate (MI)



REGISTRAZIONE TRIBUNALE DI MILANO
n. 186 del 17 marzo 2000
Spedizione in abbonamento postale art. 2
comma 20/b Legge 662/96 - Filiale di Milano

Editoriale

04 ALLORA UEA AVEVA RAGIONE SUI "SEDICENTI COMPARATORI"
di Francesco Barbieri

Attualità

06 LA "VITTORIA" SI COSTRUISCE GRAZIE ALLE PERSONE
Intervista al Direttore Generale di Vittoria Assicurazioni,
Cesare Caldarelli
di Diana Pastarini

CONVEGNO&WORKSHOP MONZA

10 ULTIMO APPUNTAMENTO CON LA FORMAZIONE UEA 2014

SPECIALE CONVEGNO MILANO

16 SANITÀ INTEGRATIVA:
LE SFIDE DEL FUTURO, LE OMBRE DEL PRESENTE
Resoconto del convegno Uea
"L'intermediazione assicurativa professionale per un nuovo
sistema sanitario tra fondi e società mutue"

Attualità

27 CAMPAGNA UEA CONTRO LA DISINTERMEDIAZIONE:
UEA DENUNCIA I COMPARATORI ALL'AGCM

IL COMMENTO DEL PRESIDENTE UEA, ROBERTO CONFORTI

I PERCHÉ DI UNA BATTAGLIA, LE RAGIONI DI UN'IDEA

32 SULL'ULTIMO VIAGGIO STUDIO UEA A PARIGI.
RISCONTRO AD UN POSSIBILE MODELLO DI AGENZIA?
di Filippo Gariglio

DAS

35 TUTELA LEGALE D.A.S.: UNA GRANDE OPPORTUNITÀ
PER LE RETI DISTRIBUTIVE, UN SERVIZIO DI VALORE PER IL CLIENTE

ASACERT

36 UN 2014 RICCO DI SUCCESSI

PER

37 PERCHÉ LA RIPARAZIONE DIRETTA È UN'OPPORTUNITÀ
DA NON PERDERE

DUAL

38 DUAL PRESENTA "DONATION NO PROBLEM"

Uea Comunicazioni

39 GIORNATA IN MEMORIA DI VITTORIO ZENITH – ARONA,
21 GENNAIO 2015

“
**ALLORA
 UEA AVEVA RAGIONE SUI
 “SEDICENTI
 COMPARATORI”**
 ”

Francesco
 Barbieri



In premessa.

UEA, con ferma determinazione, ha attivato la “Campagna contro la disintermediazione assicurativa” circa due anni fa.

Lo ha fatto con un impegno straordinario di risorse intellettuali,

non disponendo di quelle finanziarie, che ha generato tra le sue donne ed i suoi uomini un entusiasmo travolgente, ognuno ha fatto quello che poteva. Quindi, uno sforzo condiviso, anzi, identitario.

Questo, ha prodotto due effetti fondamentali. Il primo, scatenando una mobilitazione tra i soci assolutamente non immaginabile. Il secondo, materializzando una pellicola impermeabile sui soci stessi, che ha permesso loro di farsi scivolare addosso i maldestri, quanto volgari, tentativi di alcuni manager del settore o di certa stampa interessata, o di qualche rinnegato, che miravano ad ostacolare la Campagna Uea contro la disintermediazione.

Come dire, gli “sporaccioni” ci sono sempre.

Però la travolgente carica di Uea, assetata di legalità, ha contagiato buona parte del comparto della intermediazione

professionale, a partire da tanti presidenti di Gruppi Agenti e dirigenti sindacali, nonché illuminati manager di importanti compagnie; attenzionato autorevoli testate del settore economico e quotidiani on line; e prestigiose firme del giornalismo indipendente. Nondimeno, il fervore della campagna ha intrigato tanti apprezzati esponenti del mondo accademico e giuridico, insomma, tutti quelli che hanno approcciato la problematica con onestà intellettuale, basandosi su un minimo di substrato scientifico ed avendo a cuore la reale tutela del consumatore.

In fatto.

Uea, con i suoi modesti mezzi finanziari, ma forte della sua ricchezza intellettuale, in questi due anni ha organizzato ben sei convegni di rilevanza nazionale, coinvolgendo illustri cattedratici, i vertici operativi delle Authority del settore, il Ministero dello Sviluppo Economico, alcune Camere di Commercio, l’Ania, l’associazione Konsumer Italia, la stampa tecnica e gli intermediari professionali. Pertanto, un confronto ampio, serrato e ad alto tasso tecnico-scientifico. Scaturendo da ciò, analisi puntuali, riflessioni approfondite e determinazioni chiare sulla prosecuzione della Campagna stessa.

Difatti, abbiamo incalzato continuamente ed incessantemente Ivass sul tema

della disintermediazione, senza darle la possibilità, in una prima fase, di derubricare il tema a “materia di attenzione pro futuro”, ed in una fase successiva a chiudere rapidamente un’affrettata, in quanto “spintanea”, attività di indagine di mercato, con conclusioni puramente declaratorie, senza provvedimenti sanzionatori o dispositivi a carico dei “sedicenti comparatori”.

E qui vanno ricordati gli inoppugnabili effetti dottrinali prodotti dai convegni Uea di Roma, in marzo, e di Rimini, in giugno, grazie ai quali, le direzioni di Ivass e Agcm, peraltro sempre presenti, attente e sensibili, hanno percepito la forza convincente delle motivazioni addotte dai relatori Uea in merito all’attività abusiva od elusiva delle norme vigenti da parte dei “sedicenti comparatori”.

Parimenti, le Authority in questione hanno potuto riscontrare la validità fattuale ed ancor più la sostenibilità giuridica delle tesi Uea, sulla scorta delle dotte dissertazioni di illustri giuristi quali i professori Giulio Ponzanelli e Pierpaolo Marano, i quali hanno approfondito con lucidità e chiarezza i temi della trasparenza e della tutela concreta del consumatore, il primo; le cattive pratiche commerciali ed i contenuti della pubblicità ingannevole, il secondo. Ovvero, le condotte che contraddistinguono il modus operandi di tali “sedicenti comparatori”.

In conclusione.

Ivass, a novembre, magari ancora una volta incalzata nei tempi da un mio ennesimo editoriale, ha concluso la sua indagine formale sul fenomeno dei siti web di preventivazione-comparazione-aggregazione di prodotti assicurativi, con l’irrogazione agli stessi di un provvedimento sanzionatorio delle loro attività illegittime e scarsamente trasparenti, sottoponendoli all’obbligo di adozione di ben nove modifiche delle loro condotte, relative alle offerte rivolte al mercato. A tutto ciò

l’Istituto è pervenuto avendo riscontrato quattro ambiti dell’attività dei “sedicenti comparatori”, che a loro volta inglobano una serie di profili di criticità per i consumatori. Se vi pare poco.

Allora Uea aveva ragione!! Se lo dice anche il Regulator!!

Adesso cosa dovremmo urlare agli “sporaccioni” di cui sopra!!

In particolare, a quei manager che hanno stipulato accordi border line con “sedicenti comparatori”, magari in danno, d’immagine e di mercato, ai loro agenti professionisti, qualificati e fidelizzati, cosa dovremmo urlare?!?

Ed a quella pubblicistica che ha addirittura inneggiato ai “sedicenti comparatori” come alla soluzione salvifica per “il problema sociale del caro polizze”, arrivando poi a spararla tanto grossa da definire questi stessi siti censurati dall’Ivass, come la “vera tutela del consumatore”!! Complimenti.

Uea a costoro, invece, ha già risposto denunciando all’Antitrust alcuni di questi soggetti per l’adozione di cattive e scorrette pratiche commerciali, pubblicità ingannevole, accordi commerciali simulati con le compagnie, mancanza di trasparenza nella relazione con il consumatore. Se ancora una volta vi pare poco.

E per la serie “Uea agere non loqui” non ci è bastato ispirare ed incalzare l’Ivass, adesso vogliamo anche la sanzione risarcitoria dall’Agcm che, finalmente, sulla base dei dettami della Direttiva UE 2011/83, recepita con D. lgs 22/2014, potrà disporre degli strumenti legislativi atti a sanzionare le cattive pratiche di tali siti web, i quali, anche secondo l’Ivass, hanno causato fin qui un grave danno ai consumatori ed al mercato.

Allora Uea aveva ragione a definire “sedicenti” questi comparatori in quanto abusivi od elusivi alcuni, scorretti od ingannevoli altri.

Francesco Barbieri
Direttore Attualità Uea

LA "VITTORIA" SI COSTRUISCE GRAZIE ALLE PERSONE

*Intervista a Cesare Caldarelli,
direttore generale di Vittoria Assicurazioni*

Nell'ex area industriale dove sorgeva la fabbrica dell'Alfa Romeo, da quattro anni campeggia il quartier generale di Vittoria Assicurazioni, affacciato su un enorme piazza inclinata a ventaglio (la più grande di Milano) che è il fulcro di un progetto di riqualificazione ideato dallo studio Valle Architetti Associati che ha curato anche la progettazione degli spazi di proprietà della Compagnia. I lettori perdoneranno l'inciso, apparentemente marginale, sulla rilevanza architettonica della sede, ma chiunque vi sia entrato almeno una volta non sarà sfuggito come la cura del dettaglio, la perizia artigianale con cui sono studiati gli ambienti e le luci, la disposizione funzionale e la compresenza armonica di antico e moderno, rendono giustizia in modo esemplare della filosofia imprenditoriale su cui poggia da oltre novant'anni "La Vittoria". Tradizione e innovazione. Forte attaccamento alle proprie radici culturali e spiccata propensione per lo sviluppo di strategie alternative a livello di organizzazione e di business. Centralità della relazione e del patrimonio umano della Compagnia – sia con riferimento al cliente finale che alla rete e ai dipendenti – ma anche apertura alle nuove tecnologie e a nuovi modelli gestionali. Di tutto questo Uea



Cesare Caldarelli, direttore generale di Vittoria Assicurazioni

ha parlato con il direttore generale: Cesare Caldarelli.

Vittoria Assicurazioni è caratterizzata da un forte spirito identitario. Come si è costruito nel tempo questo tratto distintivo e quale importanza ha oggi per la Compagnia?

L'identità di Vittoria si fonda su due caratteristiche molto particolari. La prima è quella di far sembrare facili le cose difficili. Ovvero di trasmettere un senso di ordine e sicurezza, pur in un business estremamente complesso e competitivo come quello assicurativo, reso possibile dal fatto che negli anni siamo riusciti a strutturare una gestione



incentrata su un'elevata competenza tecnica e manageriale. La seconda è quella di aver conservato nel tempo un volto "umano" e un approccio significativamente orientato alla comprensione delle esigenze delle persone. Questo vale ovviamente per i dipendenti, ma anche per la nostra rete di intermediari ed è ciò che ha permesso e sviluppato un forte senso di appartenenza che si è rivelato uno straordinario fattore di successo perché ha consentito alle persone che lavorano con noi di operare in un clima di grande fiducia e di sentirsi valorizzati e supportati nel loro percorso di crescita professionale. Questo modus operandi ha delle ripercussioni molto positive anche per il cliente finale che si rapporta con noi tramite una rete di agenti che sa di poter sempre trovare nella Compagnia un interlocutore attento, disponibile e affidabile, e soluzioni adeguate e condivise.

Come si concilia questo modello con le dinamiche di mercato che sembrano spingere verso una sempre maggior personalizzazione e disintermediazione del servizio assicurativo?

il 98% dei premi della Compagnia è raccolto dalla rete tradizionale, ovvero dalle ormai più di 400 "agenzie Vittoria". Questo risultato è il frutto di una scelta imprenditoriale molto precisa e continuamente riconfermata in questi anni che si regge su un'idea ferma: la maggior professionalità dell'agente rispetto ad altri canali distributivi. Questo aspetto è forse ancora poco percepito dal mercato, ma soprattutto nell'ultimo decennio, per una serie di fattori – dall'impegno in termini di formazione messo in campo dalle Compagnie agli obblighi imposti dal Regulator – la qualità degli operatori del nostro settore è molto cresciuta, penso agli intermediari, ma anche a periti e liquidatori ad esempio. E credo sia un trend destinato ad evolversi sempre di più nel prossimo futuro. Se si riconosce questo, non si può che identificare come scelta vincente quella di puntare sull'intermediazione professionale. In caso contrario si va nella direzione, sostanzialmente controproducente, di spostare l'attenzione dei clienti dalla consulenza assicurativa al prezzo, svalutando totalmente il senso e il valore del nostro core business. Se oggi, e magari sempre di più domani, il consumatore

percepisce la polizza come un costo è colpa di questa deriva che noi, ribadisco, rifiutiamo di percorrere.

Qual è dunque la “via” di Vittoria allo sviluppo? Su quali strategie punterete per continuare a crescere in futuro?

Essenzialmente su un progetto, avviato tre anni fa ed entrato ora nella fase di concreta attuazione, rivolto alla creazione di un

dalle impiegate di agenzia. Il secondo obiettivo è quello di rendere i nostri prodotti e servizi disponibili ad un più ampio spettro di potenziali clienti implementando una logica di “multiaccesso”. In questo processo, che attualmente vede coinvolte un centinaio di agenzie, si inserisce anche un fondamentale percorso di formazione e riqualificazione del personale di agenzia ad attività più orientate alla proposizione commerciale che crediamo



Consorzio Servizi Assicurativi, strutturato come un Centro Servizi, che toglierà alle agenzie gran parte delle attività di tipo gestionale e amministrativo che attualmente gravano due volte sui loro bilanci: perché riducono i margini di redditività e perché sottraggono tempo ed energie preziose all’attività commerciale. Il primo obiettivo è dunque l’efficientamento del lavoro e la razionalizzazione dei costi e prevede l’esternalizzazione di tutte quelle incombenze che possono essere gestite in modo più “economico” e funzionale da personale qualificato del Consorzio anziché

possa essere il volano di un cambio di passo radicale in termini di competitività.

Cosa risponde a chi pensa che questa duplice dinamica di “centralizzazione” e “digitalizzazione” da parte delle Compagnie possa portare al superamento della rete agenziale?

Grazie all’utilizzo di nuovi strumenti e tecnologie all’avanguardia possiamo oggi approcciare un pubblico più giovane e dinamico, composto anche dai cosiddetti “nativi digitali”, ma questo non significa

escludere l'intermediario, bensì valorizzarne il ruolo – che rimane cruciale per la Compagnia anche in un'ottica di selezione dei rischi – offrendogli nuove opportunità di contatto con il cliente. Noi crediamo sinceramente che l'agente faccia la differenza sul territorio, per cui sarebbe paradossale sminuirne la funzione. Ed è in questa direzione che va il progetto del Consorzio: siamo così convinti dell'importanza della rete per la Compagnia che riteniamo strategico proporci come partner di un processo di riduzione dei costi, aumento delle possibilità di guadagno e innalzamento del livello di competenza che sono i tre fattori su cui si giocherà la sopravvivenza stessa delle agenzie nel prossimo futuro. Infine, vorrei sottolineare un aspetto: il Consorzio Servizi Assicurativi non è controllato dalla Compagnia, ma dalle agenzie stesse, tant'è che l'organo direttivo vede la partecipazione del Gruppo Agenti Vittoria.

Come vede la Compagnia tra cinque o dieci anni?

Da un lato sempre più radicata nei suoi valori e dall'altro sempre più tecnologicamente avanzata. Come si diceva all'inizio: tradizione e innovazione. Per Vittoria sono proprio due facce della stessa medaglia, due aspetti complementari che ormai ci caratterizzano, grazie anche alla lungimiranza visionaria di personaggi come il Dott. Alberto Montagna. Ovvero l'it manager che in tempi non sospetti, nei primi anni duemila, ha avuto il coraggio e l'intelligenza di spingere la Compagnia verso un processo di digitalizzazione per quei tempi direi "futuribile", ma dei cui benefici godiamo ancora oggi. Anche questa è una peculiarità di Vittoria che di certo non si perderà: quella di avere un management giovane, dinamico, cresciuto e valorizzato all'interno dell'azienda.

Ecco. L'intervista non poteva che finire così. Con l'ennesima, affatto scontata, sottolineatura del valore delle persone. Di certo il fil rouge di questa chiacchierata, ma soprattutto della storia e del futuro di Vittoria Assicurazioni.



A MONZA, L'ULTIMA GIORNATA DI FORMAZIONE UEA DEL 2014

Due le sessioni organizzate: al mattino si è discusso il tema “Classificazione dei danni assicurabili e criteri generali di stima”; mentre al pomeriggio si è tenuto il workshop “Plus qualificanti dell’Impresa-Agenzia” con la consueta partecipazione dei partner Uea PER, DUAL, ASACERT e DAS

La giornata di formazione organizzata a Monza ha chiuso il ciclo di eventi formativi pianificato da Uea per il 2014. La mattinata ha approfondito il tema della classificazione dei danni a partire dall'analisi del testo di polizza che – come spiegato da **Paolo Ferraris, amministratore delegato dello Studio Peritale Noxa** – prevede “l'indennizzo esclusivo di un danno materiale subito dalle cose assicurate direttamente causato da un evento garantito così come definito in polizza o, in assenza di definizione, non direttamente escluso o non altrimenti garantito”. Il Codice Civile definisce un danno come una “perdita materiale”, quindi la diminuzione patrimoniale che l'assicurato subisce in conseguenza di un sinistro. Ma il vero fulcro del problema sta nella parola “diretto” con la quale si intende che il danno deve essere “diretta conseguenza dell'evento garantito” e questo avviene solo in assenza di autonomia causale. “Vi è consequenzialità diretta – ha sottolineato ancora Ferraris – quando il danno è conseguenza necessaria, ovvero naturale, della causa prima. Nel caso in cui il danno abbia una propria autonomia causale rispetto all'evento garantito siamo in presenza di un altro danno”. L'esempio più eclatante nel caso di un incendio è il danno da fumo: anche se non è espressamente citato dal testo di polizza, è sempre garantito e



indennizzato perché il fumo è una conseguenza naturale, diretta, della combustione.

La dottrina ha classificato quattro fattori influenti per valutare il nesso di causalità materiale esistente tra il danno e la cosa garantita: causa (da sola in grado di generare il danno); concausa (tutte necessarie, ma non singolarmente sufficienti a determinare l'effetto finale); condizione (presupposto necessario affinché la causa produca un dato effetto); occasione (presupposto o evento non necessario e non sufficiente). Veniamo alla definizione di danno conseguente. Può accadere che, al verificarsi di un evento garantito (ad esempio lo sviluppo di fiamma in un incendio) che provoca il danno “primo” (combustione), si verifichino anche danni “conseguenti”, derivanti cioè da eventi non



Alcuni casi di danni "conseguenti"



1. Un incendio colpisce il contenuto; il **fumo** generato dall'incendio **danneggia il fabbricato** assicurato: la **garanzia incendio** è operativa?
2. Un incendio provoca l'**interruzione dell'energia elettrica** che impedisce a sua volta la ventilazione nei capannoni contenenti **polli, che muoiono** per asfissia: la **garanzia incendio** è operativa?
3. Un fulmine colpisce un albero; l'**albero cadendo danneggia il fabbricato** assicurato: la **garanzia fulmine** è operativa?
4. Lo **scoppio** di un tubo del gas refrigerante blocca la distribuzione del freddo, con conseguenti **danni alle merci congelate**: la **garanzia scoppio** è operativa?

I danni sono tutti

- o sicuramente **materiali**
- o sicuramente **non diretti ma conseguenti**, perché in nessuno dei casi la causa prima (fiamma, fulmine, scoppio) ha colpito direttamente le cose per cui si richiede il risarcimento (la fiamma non ha danneggiato il fabbricato né ucciso i polli, il fulmine non ha colpito la casa, lo scoppio non ha danneggiato i surgelati)

Nel caso 1

- o il danno è **conseguenza necessaria dell'evento primo** (non esiste sviluppo di fiamma che non generi residui di combustione)
- o la fattispecie "fumo" non è esclusa né altrimenti contrattualmente prevista

Nei casi 2, 3 e 4

- o il danno **non è conseguenza necessaria dell'evento primo** (un incendio non genera necessariamente interruzione elettrica, un fulmine non provoca necessariamente cadute d'alberi e non necessariamente gli alberi che cadono colpiscono una casa, uno scoppio non provoca necessariamente danni da mancata refrigerazione)
- o la fattispecie "mancato freddo", "fulmine" ed "evento atmosferico" con conseguente danni da cose trasportate sono normalmente **escluse ed altrimenti contrattualmente previste**

esplicitamente garantiti e non esplicitamente esclusi (ad esempio danni da fenomeno elettrico che a sua volta provochi interruzione elettrica che a sua volta provochi ulteriori danni conseguenti). I danni conseguenti privi di autonomia causale sono assimilabili ai danni indiretti; mentre quelli con propria autonomia causale sono danni consequenziali. "In conclusione, possiamo dire che il danno conseguente è garantito solo e soltanto quando è conseguenza necessaria, naturale, della causa prima. A differenza di quanto avviene nella responsabilità, nel rapporto contrattuale la necessità della conseguenza di un evento deve essere valutata a priori (momento del trasferimento) sul rischio assicurato e non a posteriori sul danno.

Ferraris ha infine chiuso la sua trattazione rispondendo ad alcuni casi concreti:

- scoppio un incendio in un fabbricato assicurato e il fumo lo danneggia: la garanzia incendio è operativa?
- un fulmine colpisce un albero che cadendo danneggia il fabbricato assicurato: la garanzia fulmine è operativa?
- un incendio provoca l'interruzione dell'energia elettrica che impedisce a sua volta la ventilazione nei capannoni contenenti polli che muoiono per asfissia: la

garanzia incendio è operativa?

- lo scoppio di un tubo del gas refrigerante blocca la distribuzione del freddo con relativi danni alle merci congelate: la garanzia scoppio deve ritenersi operativa?

"Posto che tutti questi danni sono materiali, non diretti, ma conseguenti, solo nel primo caso il danno è conseguenza necessaria dell'evento originario, e la fattispecie fumo non è esclusa né altrimenti contrattualmente prevista. Infatti, un incendio non genera necessariamente interruzione elettrica, un fulmine non provoca necessariamente cadute di alberi e queste non colpiscono

necessariamente una casa, uno scoppio non provoca necessariamente danni da mancata refrigerazione".

Vittorio Pasinetti, direttore della sede di Bergamo dello studio peritale Noxa, ha proposto un'analisi sui criteri generali di stima a termini di polizza a partire dalla definizione di "valore" come il rapporto tra due ricchezze di scambio: "nel mondo assicurativo il valore diventa il prezzo di un bene, ossia il suo valore espresso in moneta". La stima è il principio o metodo utilizzato per ricercare il più probabile valore. I valori più frequenti che il perito è chiamato a stimare sono:

- valore a nuovo: ovvero, per il fabbricato, la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo di tutto il fabbricato escludendo soltanto il valore dell'area; per il contenuto, il costo di



rimpiazzo di ciascun bene con altro nuovo uguale oppure, se non disponibile, con altro equivalente per uso, qualità, funzionalità e stato di conservazione e ogni altra circostanza concomitante.

- valore allo stato d'uso: il valore delle cose assicurate è determinato applicando al valore a nuovo un deprezzamento stabilito in relazione al grado di vetustà, ubicazione, tipo, uso, qualità, funzionalità e stato di conservazione e ogni altra circostanza concomitante.
- valore commerciale: è il prezzo medio di

Il fabbricato è tipicamente assicurato con “valore a nuovo”, ma nella liquidazione del sinistro il perito deve sempre procedere alla stima del valore allo stato d'uso applicando al valore a nuovo un “degrado medio” che assume rilevanza solo temporale nel caso di liquidazione separata allo stato d'uso o danno reale e del supplemento per valore a nuovo a ricostruzione avvenuta; diventa invece di rilevanza economica nel caso di insufficienza del capitale assicurato. Nel caso di macchinari, impianti, attrezzature e arredamenti, sia nella stima della preesistenza che nella liquidazione del sinistro, il perito deve sempre procedere alla stima del valore d'uso applicando al valore a nuovo un degrado specifico per ogni singolo bene. Infine, le merci, in linea di massima, vengono stimate al costo di produzione o di riacquisto, salva l'individuazione di obsolescenze più o meno evidenti che determinano deprezzamenti valutabili in termini percentuali fino a casi limite dove si otterranno valutazioni assicurative nulle. Casi emblematici si riscontrano nel commercio di abbigliamento,

fortemente influenzato dalla moda e dalla stagionalità, nel commercio di prodotti elettronici ed in generale si possono richiamare tutti i criteri applicabili al macchinario ed alle attrezzature qualora rappresentino merci. A conclusione della mattinata, il **consigliere Uea, Carlo Colombo**, ha ricordato il valore



Criteri di determinazione dei valori

Due fabbricati (originariamente) gemelli



Milano, Largo Augusto

- = epoca di costruzione
- = destinazione
- = ubicazione
- = numero dei piani

ma

- ≠ epoca di ristrutturazione
- ≠ finitura

quindi

- ≠ valore di ricostruzione
- ≠ rendimento economico

quindi

- ≠ valore di preesistenza

Qui i listini non funzionano ...

vendita/acquisto del bene desunto da listini specifici o da valutazioni di mercato ad hoc (detto anche valore venale). È l'unico valore sottoposto alla legge della domanda/offerta.

- costo di produzione: è il valore tipicamente utilizzato per stimare le merci e corrisponde alla somma dei costi delle materie prime, dei costi energetici e di servizi, dei costi dei macchinari e della manodopera. Ovvero tutto ciò che concorre a determinare il prezzo del bene oggetto di lavorazione.

Le polizze assicurative suddividono i beni con caratteristiche simili in “partite di polizza” separando la globalità dei beni da garantire in due grandi famiglie: fabbricato e contenuto (macchinari, attrezzature, arredamento, merci). Pertanto è di fondamentale importanza verificare le condizioni/definizioni di ogni polizza per capire la correttezza dei valori da attribuire alle singole partite.



Criteri di determinazione dei VALORI

➤ FABBRICATO

Tipicamente assicurato con **Valore a Nuovo** e si procede alla stima della spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo di tutto il fabbricato escludendo soltanto il valore dell'area:

“spesa necessaria”

teoricamente semplice, si effettua sulla base dell'applicazione dei prezzi di mercato (di costruzione, non di vendita) rilevabili da specifici listini, a tutti gli elementi quali murature, tetto, calcestruzzo pavimenti serramenti, finiture, fondazioni, fognature ecc. ecc.;

praticamente si determina sulla base di:

- specifiche pubblicazioni a cura degli ordini professionali o delle C.C.I.A.A. locali
- rilevi con i seguenti parametri:

- **volume mc**: maggiormente in uso e più sintetica
- **superficie mq**: più precisa

I criteri da considerare sono:

- **epoca** di costruzione / ristrutturazione
- **destinazione**: fabbricato residenziale, terziario (uffici, commerciale, industriale, alberghiero), agricolo, scuola, di culto, parcheggi ecc.
- **ubicazione**: centro storico, centrale, periferica
- **numero dei piani** fuori terra e interrati (a torre, multipiano, a pianta quadrata, unifamiliare ecc.)
- **finiture**: storico, lusso, signorile, economico, popolare
- **eventuali ulteriori circostanze** legate ad alcune particolarità quali, per esempio, aree geografiche montane, marittime, insulari ecc.

escluso il valore dell'area: dal punto di vista teorico, dovrebbe essere identico se il fabbricato in esame fosse a Brescia, Bergamo o Milano piuttosto che a Palermo o Bolzano



Criteri di determinazione dei VALORI

➤ CONTENUTO

Indifferentemente assicurato con Valore a Nuovo o allo Stato d'Uso

Contenuto unificato civile residenziale:

- metodo analitico per singolo bene o per gruppi omogenei
- metodo sintetico:
 - numero di componenti del nucleo familiare e singole età
 - superficie dell'unità immobiliare
 - età e tipologia del fabbricato ed eventuale data di ristrutturazione
 - anni di residenza nell'unità immobiliare
 - ceto sociale
 - specifici elementi oggettivi



Criteri di determinazione dei VALORI

➤ CONTENUTO TERZIARIO

Che sia unificato (unica Partita di polizza) o suddiviso (partite diverse: macchinario, attrezzature, arredamento e merci), il metodo di determinazione dei valori è identico per partite o gruppi omogenei ed è indispensabile prestare la giusta attenzione a:

- Attività dichiarata in polizza
- Definizioni contrattuali

I metodi sono:

- metodo analitico per singolo bene mediante rilievi fisici
- metodi sintetici per gruppi omogenei

Metodi sintetici:

Pur volendo utilizzare metodi sintetici, per determinare il valore dei beni assicurati o da assicurare è necessario acquisire, analizzare, interpretare ed elaborare documenti o informazioni al fine di giungere al più probabile Valore contrattualmente definito.

- Per macchinario, impianti (differenti tra Rischi Industriali e Rischi ordinari) attrezzature, arredamento, ecc., si consiglia l'acquisizione di:
 - Registro beni ammortizzabili
 - Elenco e contratti dei beni in leasing (sia terminati che in essere)
 - Elenco dei beni a noleggio o in comodato d'uso
- Per merci:
 - Giacenza di magazzino al giorno del sinistro

aggiunto che l'intermediario può portare al proprio cliente grazie all'acquisizione di competenze specialistiche e all'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze in diversi ambiti di rischio, per porsi, anche in un'ottica commerciale, come un consulente in grado di rispondere a trecentosessanta gradi alle esigenze di protezione dell'assicurato.

Higinio Silvestre Borbon, insurance specialist Asacert ha chiarito il ruolo di Asacert in quanto ente certificatore e l'importanza di una corretta valutazione del rischio attraverso le attività di controllo tecnico in corso d'opera, "perché in realtà la gestione del sinistro non comincia dalla denuncia, ma da molto prima, ovvero dalla stesura del contratto. Se una costruzione è stata seguita in tutte le sue fasi da un soggetto terzo, specializzato e accreditato, come Asacert, che ha controllato e certificato

ogni passaggio, nel momento in cui dovesse capitare un sinistro, l'assicurato e l'intermediario avranno a fianco un tecnico che, essendosi assunto specifiche responsabilità, è in grado di supportarli nell'identificazione delle possibili cause e nella gestione del sinistro nei confronti della compagnia". In particolare, durante l'esecuzione delle opere, il controllo tecnico garantisce che i materiali approvigionati siano idonei all'uso previsto e conformi alle prescrizioni progettuali; assicura che la pianificazione e l'organizzazione delle fasi realizzative dell'opera siano coerenti durante tutta l'attività produttiva dell'opera; garantisce l'applicazione delle regole dell'arte, in tutte le operazioni di produzione e sviluppo, posa, montaggio, controllo continuo di materiali, componenti e sistemi.

L'ad di **DUAL Italia, Maurizio Ghiloso** ha illustrato il nuovo assetto di capacità assicurativa a livello mondiale di Hyperion Insurance Group, di cui DUAL è il braccio sottoscrittivo, ripercorrendo gli step che hanno portato il Gruppo ad affermarsi in 30 paesi del mondo, con 80 sedi, passando da 3 a 1800 dipendenti in meno di vent'anni, con ricavi per 167 milioni di sterline e con profitti in aumento, negli ultimi 5 anni, del 51%. Con riferimento al contesto italiano, molte le cifre rilevanti: dalle polizze sottoscritte – più di 180 mila dal 2001 ad oggi – agli oltre 7.000 sinistri gestiti, alla crescita della raccolta premi che ha superato quota 30 milioni di euro. La nuova piattaforma di capacity provider consentirà a DUAL di sviluppare la sua mission di "assicuratore virtuale" finalizzato ad aiutare gli assicuratori ad entrare in nuovi mercati e garantire ai propri partner commerciali soluzioni specialistiche per la gestione di rischi che richiedono particolari competenze ed expertise, sviluppando prodotti chiari ed affidabili per i clienti. "Grazie a questa nuova

struttura, la nostra rete di intermediari – ha sottolineato Ghiloso – avrà accesso a nuove aree di mercato e linee di business, oltre al segmento delle financial line che storicamente distingue il marchio DUAL in Italia. Tutto questo mantenendo il valore aggiunto dato dalla gestione a ciclo completo del business: dalla sottoscrizione dei rischi alla gestione e liquidazione in house dei sinistri”. A testimonianza del fatto che questa razionalizzazione contribuirà a migliorare ulteriormente il time to market che DUAL è in grado di mettere in campo, Ghiloso ha annunciato lo sviluppo di nuove coperture, appositamente ideate per offrire opportunità di sviluppo commerciale alla rete: DUAL Cyber; DUAL Financial Institutions; DUAL Donation no problem (approfondimento a pg. 38).

Marco Rossi, direttore commerciale D.A.S Tutela Legale ha affrontato un tema molto delicato, ovvero quello delle controversie tra cliente e compagnia, evidenziando il ruolo di terza parte che assume in questa fattispecie la tutela legale. Partendo dal problema, conclamato e a tutti noto, dei tempi della giustizia italiana, Rossi ha sottolineato l'importanza di una tempestiva ed efficace risoluzione stragiudiziale delle controversie grazie ad un network di mediatori particolarmente ampio e specializzato come quello che è in grado di mettere in campo DAS. “Avere una terza voce imparziale che si occupi di una vertenza di questo tipo può essere determinante e i rapporti che DAS

intrattiene con diverse compagnie italiane costituiscono un valore aggiunto perché ci ha consentito, nel tempo, di conoscere da vicino diverse fattispecie e di approfondire tutti gli aspetti potenzialmente rilevanti, a partire dai meccanismi liquidativi delle compagnie, ad esempio”. Sull'esistenza di un potenziale conflitto di interessi Rossi ha ricordato come la Direttiva Europea 87/344 CEE costituisce una fondamentale garanzia per l'assicurato laddove impone che le eventuali spese di arbitrato ad ogni livello siano a carico della compagnia di tutela legale.

Stefano Sala, amministratore delegato PER ha infine spiegato i vantaggi della riparazione diretta, ovvero un servizio offerto dalle compagnie assicurative ai propri clienti, direttamente o tramite la propria rete fiduciaria, attraverso il quale si propone agli assicurati il risarcimento di un danno attraverso una “liquidazione in forma specifica” anziché attraverso un indennizzo in danaro. In particolare Sala ha ricordato come questo metodo porti ad un risparmio per le compagnie, ma soprattutto ad una maggior soddisfazione del cliente finale. “Sia esso un privato o un'azienda, in caso di un danno property – come un incendio o un allagamento – il suo obiettivo prioritario è quello di tornare ad una condizione di normalità nel più breve tempo possibile. Avere a disposizione un network di professionisti, pronti ad intervenire entro sei ore dalla denuncia del danno, in tutta Italia, con prodotti e macchinari di ultima generazione, permette di chiudere il sinistro in maniera ottimale e con tempi notevolmente inferiori rispetto allo scenario in cui il cliente si trova da solo a ricercare e scegliere le maestranze necessarie alla riparazione dei diversi danni, senza anticipare nessuna spesa”. Per l'agente tutto questo significa, oltre all'offerta di un servizio ad alto valore aggiunto ai propri clienti, anche la possibilità di migliorare il rapporto sinistri/premi e di ridurre il contenzioso.



Speciali UEA

*Convegno
“L’intermediazione
assicurativa professionale
per un nuovo sistema
sanitario tra fondi e società mutue”*



27 novembre 2014

SANITÀ INTEGRATIVA:

LE SFIDE DEL FUTURO, LE OMBRE DEL PRESENTE

Resoconto del convegno dal titolo "L'intermediazione assicurativa professionale per un nuovo sistema sanitario tra fondi e società mutue" organizzato da Uea presso l'Università degli Studi di Milano.

L'incontro ha visto la partecipazione dei professori di quattro prestigiosi atenei italiani: Sergio Paci dell'Università Bocconi; Fabio Marchetti dell'Università Luiss – Guido Carli di Roma; Pierpaolo Marano della Cattolica e Albina Candian della Statale di Milano



Lo scorso 27 novembre l'Unione Europea Assicuratori ha organizzato un importante convegno sulla sanità integrativa, presso l'Università degli Studi di Milano. All'evento ha partecipato un'ampia platea di intermediari, esperti e stakeholder del settore assicurativo interessati ad approfondire un tema tanto attuale quanto controverso, con un potenziale di sviluppo enorme per il mercato assicurativo, ma da anni "bloccato" dall'assenza di un quadro giuridico e normativo definito.

Prima dell'inizio dei lavori, il **vicepresidente Francesco Barbieri** ha presentato Uea, la sua mission, le più recenti iniziative messe in campo per promuovere la cultura assicurativa e la ratio che ha portato l'Associazione a stringere importanti partnership con Università, Centri del sapere e altre realtà strategiche per lo sviluppo del business di Agenzia, sempre più connotata come centro di servizi integrati al servizio dei bisogni dell'assicurato. In particolare Barbieri ha introdotto gli interventi di **Asacert, Das e Per** che hanno palesato come certificazioni e stime preventive, la prima;

tutela legale, la seconda; disaster recovery e riparazione diretta la terza; possono costituire strumenti e competenze innovative in grado di qualificare e valorizzare il servizio di consulenza, assistenza e prossimità offerto dagli intermediari professionali.

La sanità integrativa: modelli gestionali e linee guida verso obiettivi condivisi

prof. Sergio Paci, Ordinario presso il Dipartimento di Finanza dell'Università Bocconi e Carefin Università Bocconi

Il mio intervento non può non partire da un assunto preliminare: il nostro Sistema Sanitario Nazionale - basato sul principio di universalità, eguaglianza nell'accesso e solidarietà, in quanto finanziato dalla fiscalità generale - è da tempo in difficoltà. Vincoli di finanza pubblica, aumento degli oneri per la crescente tecnologia, uso di strumenti ad alta intensità di capitale hanno inesorabilmente portato ad un razionamento delle prestazioni, a squilibri di qualità all'interno del territorio nazionale e, in molti casi, alla rinuncia alle cure. Portano inoltre ad un'elevata spesa per la sanità privata e dunque ad una copertura sanitaria in condizioni di non equità in quanto dovuta indipendentemente dal reddito e dalla situazione familiare.

La spesa privata per la sanità italiana ha una caratteristica peculiare rispetto a quella di altri paesi: è in larga prevalenza del tipo out of pocket, sostenuta a livello individuale dai cittadini, senza ricorrere a forme di

aggregazione che consentirebbero di sfruttare una maggiore capacità contrattuale nei confronti dei fornitori, come avverrebbe attraverso l'assicurazione o l'adesione a Mutue o Fondi Sanitari. Questo sistema dunque è molto costoso e non è efficiente.

Secondo molti analisti del settore, invece, un modello sanitario integrato con il SSN potrebbe rendere più efficiente l'utilizzo dell'ingente spesa sanitaria privata; e contribuirebbe a ridurre la pressione sul SSN, specie sulle prestazioni che sono di fatto razzionate, a vantaggio della parte più debole della popolazione. Questo, ovviamente, nella consapevolezza che lo sviluppo di tali iniziative segmenta la tutela sanitaria – contro dunque il principio universalista – e quindi renda necessario un adeguato equilibrio tra efficienza e solidarietà, riducendo discriminazioni e distorsioni.

Mi soffermo su due concetti, fondamentali per capire ciò di cui stiamo parlando:

- mutualità: la ripartizione dei risarcimenti di un insieme di rischi dello stesso livello in base al quale gli esborsi sono finanziati con le risorse di tutti, con rilevanti vantaggi per tutti rispetto al fronteggiamento individuale del rischio.
- solidarietà: ripartizione dei risarcimenti fra rischi di diverso livello dove i meno rischiosi sussidiano i più rischiosi nell'ambito di un equilibrio complessivo fra contributi ricevuti e risarcimenti pagati.

Ora, le imprese di assicurazione agiscono secondo il primo principio e solo fino ad un certo livello possono essere “solidali”, perché sono un'attività lucrativa, giuridicamente regolata e vigilata e perché devono necessariamente mantenere un equilibrio tecnico. Esistono invece altri soggetti che operano secondo una logica differente in cui la solidarietà può avere maggiore spazio anche per gli impegni assunti, tipicamente dovuti in funzione delle risorse disponibili. Sto parlando delle Casse e dei Fondi Sanitari, istituzioni tipicamente derivanti dalla contrattazione collettiva, disciplinate da tali accordi e con un potenziale intervento delle parti sociali per

definire l'equilibrio nel tempo tra prestazioni e contributi. Le Società di Mutuo Soccorso sono invece istituzioni sorte dalla mutualità volontaria, aperte all'adesione di gruppi di lavoratori e di singoli, che possono avere soci di natura collettiva e possono istituire o gestire Fondi Sanitari, caratterizzate da forti connotati solidaristici imperniati sul sussidio.

Il modello della sanità integrativa fa dunque perno su questi soggetti “alternativi” alle compagnie di assicurazione ed è impostato sui seguenti capisaldi:

- Anagrafe delle Casse, Fondi, Sms al fine di identificarli, conoscere le loro caratteristiche e disciplinare la loro attività, per verificare gli impegni assunti, la loro sostenibilità, le modalità con cui sono definite le prestazioni, l'esistenza o meno di discriminazioni e di tutti gli elementi giudicati rilevanti per istituzioni chiamate a svolgere importanti funzioni nel disegnare il sistema della sanità, di cui costituiscono un comparto sempre più rilevante.
- Identificazione delle prestazioni che di fatto non sono adeguatamente svolte dal SSN e che possono essere considerate integrative alle sue attività.
- Guida e indirizzo del sistema integrativo stabilendo livelli minimi di risorse da riservare a tali prestazioni.
- Previsione di vantaggi fiscali significativi solo a Casse, Fondi, Sms che sono iscritti all'anagrafe e rispettano le soglie previste.

I decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009 hanno disciplinato l'Anagrafe e definito le tipologie di prestazioni (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, sanitarie a rilevanza sociale alle persone non autosufficienti, inabilitazione, cure odontoiatriche) a cui riservare una percentuale di almeno il 20% delle risorse. Da allora però nessun intervento significativo si è registrato per dare attuazione concreta a queste norme, eccetto l'approvazione della nuova legge sulla mutualità (DL 79/2012) che ha rafforzato il ruolo delle Sms consentendo di aggregare più istituzioni e di istituire e

gestire Fondi Sanitari integrativi favorendo la loro crescita.

Un breve accenno ai modelli gestionali, i Fondi possono essere:

- assicurati, quando prevedono il trasferimento delle coperture ad una o più compagnie di assicurazione con polizze collettive e vari livelli di convenzionamento con le strutture sanitarie. Tipico dei fondi di minori dimensioni;
- autogestiti, quando prevedono la gestione in proprio dei vari processi, senza l'assunzione di rischi assicurativi, operando in una logica di contributi definiti e prestazioni variabili in funzione delle risorse disponibili. Adottato da alcuni fondi di maggiore dimensione;
- misti.

Il modello integrativo collettivo brevemente descritto si rivolge all'area dei lavoratori dipendenti e naturalmente a quelli per i quali viene siglato un apposito accordo, dunque segmenta notevolmente la platea dei beneficiari. I lavoratori dipendenti a cui non si applica alcun accordo e i lavoratori autonomi e liberi professionisti rimangono fuori da queste agevolazioni fiscali significative. Per questi lavoratori sono disponibili le coperture assicurative individuali, le prestazioni delle Sms o i Fondi Sanitari Aperti che, a mio avviso, potrebbero costituire un'interessante opportunità per il futuro.

Affinché il modello delineato possa porsi in integrazione con Ssn sarebbe auspicabile lo sviluppo Casse, Fondi e di dimensioni di Sms significative ed estese a vaste platee di iscritti in modo da ottenere economie dimensionali e rendere sostenibili prestazioni che possano fornire un'alternativa concreta all'utilizzo dei servizi del Ssn. Questo sarebbe fondamentale in particolare per coprire gli iscritti in età avanzata e i pensionati che difficilmente potrebbero essere coperti in una logica assicurativa, ma che invece potrebbero beneficiare di forme di solidarietà fra generazioni.

Le difficoltà di puntare decisamente sul modello integrativo collettivo brevemente tratteggiato evidenziano come questo non sia ancora generalmente accettato e dobbiamo esserne

consapevoli. Come sintetizza il documento di indagine conoscitiva della Camera dei Deputati del giugno 2014, sulla "Sfida della tutela della salute", l'ampliamento del ruolo dei fondi integrativi richiederebbe un approfondimento sulle forme di autotutela dei fondi (franchigie, massimali, esclusioni, malattie pregresse, etc). Il rapporto fra segmentazione e livello di solidarietà è il vero profilo critico da superare perché genera pregiudizi ideologici che ne influenzano l'attuazione.

I fondi sanitari integrativi: un modello incompiuto di welfare

prof. Fabio Marchetti, Associato di Diritto Tributario presso la Facoltà di Economia dell'Università Luiss – Guido Carli

La normativa primaria relativa al trattamento fiscale dei contributi per quanto concerne i Fondi integrativi sanitari prevede la deduzione dal reddito nel limite di importo di 3.615,20 euro (art. 10, lett. e-ter del Testo Unico); e stabilisce che, nel caso di lavoratori dipendenti, la deduzione spetti nel medesimo limite di importo per i contributi versati dal datore di lavoro e dal lavoratore (art. 51, lett. a del Testo Unico). I problemi però nascono dal fatto che questi due articoli sono testualmente differenti per quanto riguarda la valutazione delle condizioni di deducibilità:

- l'art. 10 prevede che i contributi debbano essere versati a Fondi sanitari integrativi del Ssn, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del Dlgs. n. 502/92, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della Salute;
- l'art. 51 dice che i contributi devono essere



versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a contratti, accordi o regolamenti aziendali, che operino (accezione molto più ampia rispetto all'erogazione di prestazioni) negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della Salute, per almeno il 20% delle prestazioni complessivamente erogate.

La normativa secondaria poi integra questo articolo imponendo, per riconoscere la deduzione, la verifica della soglia del 20%: per i fondi autogestiti sono ammessi meccanismi che consentano di evitare che l'aleatorietà dell'andamento degli eventi che danno diritto all'erogazione pregiudichi il raggiungimento della soglia e, quindi, la deducibilità del contributo; per i fondi a gestione convenzionata è ammesso che i premi/contributi versati dai Fondi ai soggetti gestori siano considerati ai fini della verifica della soglia delle risorse vincolate; per gli accordi collettivi di aziende diverse da parte di un unico soggetto (Fondi pluri aziendali e/o Società Mutuo Soccorso) è prevista l'ammissibilità del calcolo per singolo accordo.

Uno degli aspetti che si evidenziano come problematici riguarda l'esclusività dell'oggetto. Ovvero, per i fondi integrativi del SSN, la possibilità di offrire prestazioni diverse da quelle indicate nel decreto del Ministro della Salute; per gli enti e casse assistenziali, la possibilità di offrire prestazioni assistenziali diverse da quelle socio-sanitarie. A mio avviso, entrambe queste opzioni sono da ritenersi ammesse.

Un rapido accenno al regime fiscale dei fondi. Di regola si tratta di enti non commerciali costituiti in forma associativa, di primo o di secondo livello. Trattandosi di enti associativi la non commercialità delle prestazioni sanitarie rese è subordinata al rispetto dell'art. 148 del Testo Unico, salvi problemi comunitari. I documenti da presentare per l'iscrizione sono: Atto costitutivo; Regolamento; Nomenclatore delle prestazioni garantite; Bilancio preventivo e consuntivo; Schema di modello di adesione o documenti equivalenti. L'iscrizione

all'Anagrafe è fondamentale per ottenere la deducibilità, da qui alcune questioni: la decadenza ha effetti per il periodo di imposta successivo a quello in cui si verifica la causa; è ammessa la deducibilità dei contributi nell'anno in cui avviene l'iscrizione del fondo.

Ora veniamo invece al rapporto tra Fondi sanitari e welfare aziendale. La copertura sanitaria rappresenta uno dei pilastri dell'offerta di welfare aziendale e di regola si articola nell'offerta di versamenti contributivi da parte del datore di lavoro a favore dei lavoratori dipendenti a Fondi Sanitari; ma può anche prevedere altre coperture sanitarie (ad esempio, check-up).

Con riguardo ai versamenti contributivi a fondi sanitari, la norma di riferimento è l'art. 51, comma 2, lett. a) del Testo Unico. È, pertanto, necessario che si tratti di enti o casse di assistenza aziendali o, comunque, di adesioni collettive a fondi (mutue) esterni. In ogni caso è necessaria l'esistenza di una previsione contrattuale a favore della generalità (o di categorie) di dipendenti. Possono prevedersi anche piani flessibili con coperture differenziate scelte dai dipendenti all'interno dell'offerta di welfare aziendale (borse di studio per i figli, rette degli asili nido, etc).

Secondo gli orientamenti dell'Agenzia delle Entrate, nel caso in cui per i piani di welfare siano utilizzati componenti della retribuzione (ad esempio, si consenta ai dipendenti di scegliere fra l'erogazione del benefit o il pagamento di una somma equipollente, anche utilizzando il bonus o premio aziendale), sono comunque dovute le "normali" imposte sulla componente retributiva.

Con riguardo ad altre coperture di tipo sanitario le norme di riferimento sono il combinato disposto dell'art. 51, comma 2, lett. f e dell'art. 100 del Testo Unico. Deve trattarsi, dunque, dell'offerta di servizi e non di erogazioni di somme a favore della generalità dei dipendenti o di loro categorie. La disciplina fiscale prevede, inoltre, che l'offerta del datore di lavoro sia volontaria.

Fondi Sanitari, Casse e Società di Mutuo Soccorso quali attori istituzionali della sanità integrativa. Modelli giuridici italiani ed europei a confronto

prof. Albina Candian, Ordinario di Diritto Comparato presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Milano

L'attuale strutturazione del welfare nel nostro Paese – in particolare nel sistema previdenziale ed assistenziale – rende indispensabile il ricorso a forme di sostegno complementari nell'offerta pubblica. Il sistema universalistico che noi tutti siamo stati abituati a considerare come ineludibile e garantito, anche per il peso schiacciante di una crisi economica rivelatasi più aggressiva e duratura del previsto, non è più sostenibile. Voglio qui ricordare che una sentenza della Corte Costituzionale del 2008 riferendosi al diritto alla salute (sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione) ha varato la locuzione di "diritto finanziariamente condizionato" in quanto si tratta di un diritto con un contenuto "patrimoniale".

Fatta questa premessa, è di fondamentale importanza analizzare e studiare i modelli di sanità integrativa individuati ed esperiti dai diversi paesi. Una cosa, già rilevata anche dai relatori che mi hanno preceduto, risulta immediatamente evidente, ovvero l'assenza di un quadro giuridico-normativo di riferimento. L'attuale sistema dell'assistenza integrativa italiana si basa sulle prestazioni fornite da: Enti o Casse aventi esclusivamente fine assistenziale; Fondi integrativi e Società di Mutuo Soccorso. Queste figure possono differenziarsi notevolmente tra loro in relazione alle fonti istitutive e al perimetro della loro attività, alla gamma di prestazioni offerte, al livello di copertura e all'entità delle quote associative.

Il Decreto Sviluppo Bis del 18 ottobre 2012 che parla di "assicurazioni, mutualità e mercato finanziario" ha dato nuovo impulso alle Società

di Mutuo Soccorso – istituite con una legge del 1886 e poi "dimenticate" - laddove prevede all'art. 23 che questi enti possano erogare:

- trattamenti e prestazioni socio-sanitari nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;
- sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;
- servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;
- contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche.

Le prime due attività citate possono essere

ALBINA CANDIAN & PARTNERS
STUDIO LEGALE

Germania

Per chi ha optato per il **sistema assicurativo pubblico** esiste la possibilità di ampliare la propria copertura sanitaria stipulando contratti integrativi con compagnie di assicurazione privata. Il ricorso a forme di previdenza privata complementare a quella pubblica ha trovato una sempre maggiore diffusione, soprattutto a partire dal 1975, quando la necessità di contenere la spesa della cassa malattia ha portato all'esclusione di determinate prestazioni dalla copertura **assicurativa obbligatoria (GKV)**, o alla previsione di contribuzioni dirette alla copertura dei costi dei servizi sanitari.

L'**assicurazione sanitaria privata (PKV)** è gestita da aziende private sotto forma di società per azioni (attualmente 24 aziende) o società mutualistiche (attualmente 19 aziende), costituite in base al diritto societario, alla Legge sui contratti assicurativi (*Versicherungsvertragsgesetz*) e la Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (*Versicherungsaufsichtsgesetz*). Nel privato l'assicurazione sanitaria si basa pertanto su di un contratto di diritto privato. Il risultato è un legame giuridico volontario in base al quale il contraente ha l'obbligo di pagare i contributi concordati, nonché il diritto a contrarre prestazioni. **Tutte le società PKV con sede in Germania sono sotto la supervisione giuridica e finanziaria della Federal Financial Supervisory Authority.**

svolte anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Le Sms possono inoltre promuovere attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici. Non possono invece svolgere attività diverse da quelle previste dalla presente legge, né attività di impresa.

Di fronte a questo scenario così incerto, alcuni interrogativi vale la pena di sottolinearli: chi vigila su questo settore così rilevante per



la società? Chi controlla la trasparenza dei bilanci? Esiste un problema di sovrapposizione con l'attività assicurativa? Sono legittime forme di promozione mutualistica relativa a tali servizi o prestazioni? E infine, il settore del welfare potrebbe diventare un settore occupazionale importante, anche in un momento particolarmente difficile come quello attuale?

Per rispondere almeno in parte a queste domande, vorrei portarvi l'esperienza comparatista, con riferimento soprattutto al sistema delle PKV tedesche e delle Mutuelles francesi.

Il Sistema Sanitario tedesco segue il cosiddetto "modello bismarckiano" ed è caratterizzato dalla dualità tra assicurazione pubblica contro

iscrizione riguarda tutti i dipendenti (e i loro familiari a carico) con un reddito mensile lordo pari o inferiore a 4.462,60 euro. Chi ha un reddito mensile superiore a 4.462,60 euro può decidere di iscriversi alle assicurazioni private (Private Krankenversicherung PKV), anziché a quelle sociali. Le assicurazioni private, a differenza delle casse mutue in cui il contributo dipende dal reddito, calcolano il premio a seconda del rischio personale.

Il Sistema Sanitario francese è caratterizzato dalla protezione contro i rischi sociali estesa oggi all'intera popolazione, ma parcellizzata tra diverse istituzioni, a seconda della natura dei rischi sociali coperti, dello status professionale e del tipo di previdenza offerto e di conseguenza dalla presenza di molteplici

soggetti sia per quanto riguarda il finanziamento della spesa, sia per quanto concerne l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria.

La spesa è sostenuta per il 75% dalla Sécurité Sociale, articolata in diversi fondi malattia, ognuno dei quali è collegato a una tipologia di lavoratori. L'adesione è obbligatoria e a pagamento commisurato al reddito: parte viene versata dal datore di lavoro e parte direttamente dal dipendente. Il restante 25% è coperto da spese private, per questo la maggior parte dei cittadini francesi gode di un'assicurazione integrativa, stipulata con le mutue

(Mutuelles, che copre quasi il 60% del mercato) o con agenzie di assicurazione private (che gestiscono il restante 40%). Le mutuelles agiscono nel settore della assicurazione sanitaria applicando il principio solidaristico della tariffazione unica; al contrario le assicurazioni commerciali propongono delle tariffe differenziate a seconda della variabile demografica e del rischio malattia individuale. Le prime godono di un vantaggio competitivo importante rispetto alle seconde, quello dell'applicazione di un regime fiscale agevolato.

ALBINA CANDIAN & PARTNERS
STUDIO LEGALE

Francia

La spesa è sostenuta per il 75% dalla Sécurité Sociale

- sistema di protezione sociale creato nel 1945 al fine di assicurare la popolazione francese contro una serie di rischi, compresi quelli sanitari. La Sécurité Sociale è infatti articolata in diversi fondi malattia, ognuno dei quali è collegato a una tipologia di lavoratori. L'adesione è obbligatoria e a pagamento commisurato al reddito: parte viene versata dal datore di lavoro e parte direttamente dal dipendente. Il versamento dei contributi garantisce al lavoratore, ai suoi familiari a carico, ai pensionati e ai disoccupati, il rimborso totale o parziale delle spese sanitarie.

Il restante 25% è coperto da spese private

- i cittadini sono tenuti a sostenere la parte di spesa non rimborsata. Per questo la maggior parte dei cittadini francesi gode di un'assicurazione integrativa, stipulata con le mutue (Mutuelles, che copre quasi il 60% del mercato) o con agenzie di assicurazione private (che gestiscono il restante 40%).

30

le malattie (GKV) e assicurazione privata (PKV). Dal 1 gennaio 2009 vige per ogni persona l'obbligo di stipulare un'assicurazione sanitaria.

L'assicurazione sanitaria privata (PKV) è gestita da aziende private sotto forma di società per azioni (attualmente 24 aziende) o società mutualistiche (attualmente 19 aziende), entrambe sono sottoposte alla supervisione giuridica e finanziaria della Federal Financial Supervisory Authority. Si tratta di assicurazioni "non profit", "casse mutue", non definibili pubbliche, ma neppure private. L'obbligo di

Intermediari assicurativi e vigilanza pubblica nella promozione e gestione di forme sanitarie integrative

prof. Pierpaolo Marano, Associato di Diritto delle Assicurazioni presso la Facoltà di Scienze Bancarie, Finanziarie e Assicurative dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

Il fenomeno è stato finora descritto in questi termini da chi mi ha preceduto: non si sa quante persone coinvolge, con discrepanza anche di alcuni milioni; è gestito da un'Anagrafe pubblica che però non fornisce dati relativi ai suoi iscritti; mancano adeguati controlli. A monte di tutto questo abbiamo un quadro giuridico frammentario e non conclusivo e soprattutto un conclamato problema "politico", derivante dalla delicatezza sociale del tema.

Vediamo allora di capire la genesi di questo scenario così incerto. Le Sms sono nate in un periodo bene definito per rispondere a certe esigenze e poi sono rimaste "ignorate" fino a pochi anni fa quando improvvisamente si è cercato di rivitalizzarle affidando loro delle "missioni" che questi soggetti dovrebbero svolgere, in teoria, meglio di altre forme giuridiche esistenti. Mi riferisco ad esempio alle Mutue Assicuratrici, analoghi delle Mutuelles francesi di cui ci ha parlato la prof. Candian, soggetti che in Italia hanno avuto una storia gloriosa, ma che hanno iniziato il loro declino negli anni Settanta principalmente a causa di problemi di capitalizzazione tant'è che oggi sono sopravvissuti solo i pochi player che avevano una solidità patrimoniale. Il nostro legislatore ha scelto di non incentivare la crescita e l'aggregazione di queste figure che si sarebbero inserite in un percorso già individuato, anche ai fini di vigilanza, che è quello assicurativo; ma di imboccare un'altra strada incentrata su queste associazioni, riconosciute o non riconosciute, variamente denominate. Alcune di queste autoproducono i servizi che dichiarano di offrire, altre "comprano" coperture assicurative. Ebbene, questo sistema ignora un dato eclatante: oggi giorno quasi un milione di italiani – che

ha versato contributi e maturato il diritto a ricevere prestazioni di tipo sanitario – vive all'estero per periodi più o meno lunghi. La crescente mobilità dei cittadini è un dato di fatto, come la stiamo affrontando?

Un altro aspetto cruciale della questione riguarda le modalità di accesso dei cittadini. Posto che la maggior parte accede a Fondi, Casse e Sms in ragione della sua appartenenza ad una categoria professionale che ha stipulato un accordo collettivo con uno di questi soggetti; vediamo il caso in cui l'adesione sia di natura volontaria. Qui bisogna chiedersi "chi sta proponendo cosa" perché su questo la normativa è chiara: se propone qualcosa di riconducibile ad un contratto di assicurazione, deve necessariamente essere un intermediario assicurativo; se invece propone qualcosa di riconducibile ad un prodotto finanziario, allora deve trattarsi di un promotore finanziario. Ciò posto l'adesione ad un'associazione per sua natura è libera, ma in questo specifico frangente viene da chiedersi se essa non risolva unicamente nell'acquisto di una copertura di tipo assicurativo. C'è effettivamente una "vita associativa" dietro queste Casse o Sms? E ancora, non è preoccupante che questi soggetti che propongono e soprattutto gestiscono "diritti" di natura costituzionale non siano di fatto vigilate come gli altri attori del mercato? E se il prodotto che promuovo è appunto di tipo assicurativo,



non è indispensabile che sia intermediato da un professionista con un espresso obbligo di adeguatezza nei confronti del cliente? Esiste insomma un'asimmetria informativa tra chi sollecita questi servizi e chi è sollecitato tale da giustificare l'intermediazione di un professionista specificamente individuato, vigilato e sanzionabile?

Se è vero che questo settore è cruciale per il Paese e che, oggi più ieri e domani più di oggi, interesserà un numero sempre maggiore di persone, diventa fondamentale avere una legislazione organica e complessiva sulla materia capace di disciplinare tutti i soggetti del mercato, le prestazioni che possono e non possono erogare e la necessità che queste siano intermedie o meno da professionisti. Invece il legislatore italiano continua ad intervenire con misure spot di cui non si capisce l'intento e l'eventuale "interesse sotteso", come nel caso da molti citato dell'istituzione della figura del socio finanziatore delle Sms.

Uea Pensiero: le soluzioni assicurative e le opportunità per gli intermediari in un nuovo scenario di welfare

Filippo Gariglio, consigliere Uea

Uea, nel suo ruolo di istituto di ricerca europeo in ambito assicurativo, è particolarmente orgogliosa di essere riuscita, in questa giornata di studio, a riunire intorno a questo importante tavolo di confronto i docenti delle tre prestigiose università milanesi e della Luiss di Roma. Confronto che ha riguardato i diversi sistemi sanitari europei e le soluzioni che in ambito privato sono state trovate creando quel circuito virtuoso tra pubblico e privato che auspichiamo anche per l'Italia.

Per Uea questa analisi aveva come obiettivo quello di individuare la corretta risposta che il sistema assicurativo, attraverso la consulenza professionale agenziale, può dare ad un'esigenza di welfare sanitario che la società esprime in maniera sempre più evidente e direi preoccupante per la sua futura sostenibilità.

Per meglio comprendere il fenomeno è

necessario conoscere alcuni dati: recenti analisi del Censis ci dicono che la spesa sanitaria privata in Italia, *out of pocket*, pur in presenza di una domanda in aumento, per dinamiche demografiche e sociali (aumento consistente degli anziani e nuclei familiari sempre più fragili), è leggermente diminuita nel 2013 attestandosi a 27 miliardi circa. Di questa spesa in Italia assicuriamo solo il 13% mentre in Germania la spesa privata per servizi sanitari è coperta al 50%, in Francia - che ha un sistema sanitario universale simile al nostro - al 68% e negli Stati Uniti all'80%. Da questi dati emergono due riflessioni preliminari: la prima è che gli Italiani pur avendone necessità si curano di meno, la seconda collegata alla prima, è che la domanda così disaggregata non trova adeguata risposta risultando quest'ultima cara ed inefficiente. Vi è invece necessità di aggregare questa domanda attraverso quella capacità organizzativa e negoziale che può rendere la risposta più confacente ed accessibile ai cittadini che sostengono tale spesa. Le Compagnie di assicurazioni, per le proprie peculiarità di mutualità, solidarietà e sussidiarietà che ne connotano socialmente l'attività imprenditoriale, dovrebbero essere gli attori protagonisti di tale sfida. Si pensi invece che in Italia - secondo i dati Ania dell'ultima relazione annuale - si incassano solo 2 miliardi di premi nel ramo malattie, con un *loss ratio* passato dal 73,1% al 71%. In Francia la stessa somma di premi viene incassata per la sola Long Term Care, mentre in Italia per quest'ultima garanzia si incassano, con uno "strabiliante" aumento nell'ultimo anno, 53 milioni di euro. È del tutto evidente che siamo molto in ritardo rispetto agli altri paesi europei e che c'è molto spazio per crescere. Uno spazio che in molti continuano a sostenere potrebbe compensare la diminuzione di incassi dei premi Rc auto, destinata inesorabilmente ad incrementarsi, e che per questo viene indicato come salvagente economico-professionale anche per gli intermediari assicurativi.

Si tratta però a mio avviso di una sostituzione tutt'altro che automatica per molteplici ragioni. La raccolta nei rami Danni in Italia



è passata da 40 miliardi di euro nel 2006 a 35 miliardi nel 2013 ed è ferma, se escludiamo l'Auto, all'1% del Pil contro il 2,4% della Francia. La situazione di perdurante sottoassicurazione italiana è dovuta ad una serie di fattori concomitanti e non semplicemente riconducibili all'inadeguatezza della rete distributiva, come qualche strumentale analisi vorrebbe suggerire fornendo ulteriore contributo, in particolare attraverso la digitalizzazione, alla disintermediazione del servizio assicurativo.

Tuttavia questo "spazio d'azione" esiste e lo dimostra il fatto che si sono, o si stanno, celermente organizzando per entrarvi nuovi attori. La legge 221 del 17 dicembre 2012 ha modificato la legge n. 3818 del 1886 relativamente alle Società di Mutuo Soccorso dando loro personalità giuridica e stabilendo che esse, senza finalità di lucro, attraverso il principio costituzionale della sussidiarietà, possono erogare tutta una serie di prestazioni socio-sanitarie anche attraverso l'istituzione o la gestione di Fondi Sanitari di cui al Dl 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche. Possono inoltre promuovere attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici. Con questa legge possono diventare soci ordinari, oltre alle persone fisiche, altre Società di Mutuo Soccorso e possono esservi anche come soci sostenitori (finanziatori?) le persone giuridiche. La vigilanza su queste società è affidata al Ministero dello Sviluppo Economico e alle Associazioni nazionali di rappresentanza del movimento cooperativo. Le peculiarità di questa tipologia di istituzioni senza fini di lucro e la forte caratterizzazione rivolta al principio della solidarietà, sembrano renderle particolarmente adatte al ruolo. Nasce così una figura nuova, che ambisce a professionalizzarsi, quella del "promotore mutualistico" che dovrà possedere i requisiti di onorabilità e, nelle configurazioni più serie, per semplice autoregolamentazione provvederà a seguire un corso di preparazione e poi di aggiornamento.



Tutti i relatori intervenuti al presente convegno hanno ribadito l'assenza di un quadro normativo di riferimento nel quale gli attori possano operare in trasparenza, secondo legge, a tutela degli associati che aderiscono a vario titolo a queste forme di sanità integrativa che risponde ad un diritto, quello della salute, costituzionalmente garantito ai cittadini. Questo auspicato quadro normativo dovrebbe anche, sotto l'aspetto fiscale, come ben evidenziato dal Prof. Marchetti, equiparare tra loro i cittadini in quanto, mentre per i dipendenti ed i lavoratori ad essi omologati è oggi possibile dedurre come costi aziendali i contributi versati ai Fondi sanitari, nel limite di 3.615,20 euro, lo stesso non è possibile per i lavoratori autonomi ed i titolari di ditte individuali.

Le norme attuali stabiliscono che le Mutue - strutture no profit di natura cooperativa come i Fondi Sanitari - sono tenute ad iscriversi all'Anagrafe del competente Ministero. Molti sarebbero i cittadini che in vario modo avrebbero già aderito ai circa 300 Fondi Sanitari, ma quanti milioni siano effettivamente (5,8?) anche gli illustri accademici, intervenuti come relatori, non hanno potuto chiarirlo in quanto l'Anagrafe di tali Fondi - istituita con il Decreto Sacconi - non solo non è pubblica, ma non rilascia dati od informazioni neanche ad accreditati ricercatori universitari della materia. Non vengono inoltre effettuati, così risulterebbe, controlli da parte dei competenti Ministeri del welfare e delle attività produttive sui bilanci, la loro solvibilità ed i necessari accantonamenti a garanzia degli impegni presi con milioni di

cittadini, salvo quelli di tipo formale cartolare. Quando le prestazioni sono garantite da una sottostante polizza, o da forme riassicurative, la tutela è data dal sistema assicurativo che risponde a norme molto più precise e stringenti, ma in assenza di questo requisito il problema permane.

Inoltre, alcune Società di Mutuo Soccorso avrebbero iniziato a collocare i loro servizi attraverso la grande distribuzione (Gdo), come riportato da alcuni quotidiani, stipulando correlativamente polizze con una primaria Compagnia di assicurazioni italiana eludendo gli stringenti requisiti di professionalità e formazione prevista per gli intermediari assicurativi.

A questo punto qualche domanda pare lecita da parte del sistema assicurativo ed in particolare da parte degli intermediari professionali che, senza voler difendere corporativi interessi di posizione, operano collocando questi servizi con appropriata consulenza e responsabilità, nel rispetto di leggi e regolamenti spesso derivanti da Direttive Europee e creando valore aggiunto agli assicurati in tutto il ciclo del contratto. Una distribuzione assicurativa che, giova ricordarlo, è regolata in modo ridondante da un complesso di norme il cui rispetto comporta onerosi adempimenti tanto che alcuni attori, anche principali, potrebbero essere indotti a collocare tali servizi senza rispettare le "costose" regole ufficiali attraverso le maglie interpretative di una norma priva di un quadro di riferimento e con vistose distonie. Sarebbe un'altra forma di disintermediazione che restringerebbe quello spazio che molti suggeriscono come salvifico per gli asfittici portafogli agenziali depauperati dal calo dei premi Rc auto, dalla digitalizzazione e dall'ascesa di canali alternativi sempre più numerosi ed aggressivi. Ciò creerebbe una nuova asimmetria nel panorama della distribuzione a palese svantaggio degli intermediari assicurativi professionali, salvo che questi non diventino a loro volta anche promotori mutualistici avendone i requisiti formali determinati dall'iscrizione al Rui e la competenza dovuta all'obbligo della formazione continua. Fare



chiarezza eliminando le perniciose opacità presenti non solo restituirebbe più serenità a tutti gli attori del mercato - compresi i 250.000 addetti alle reti agenziali - ma renderebbe un servizio a favore e garanzia dei cittadini italiani. Questo è l'auspicio per lo sviluppo di una *white economy* che potrebbe anche rappresentare una opportunità di lavoro potenzialmente rilevante per molti giovani. Trasparenza e rispetto della legalità è la strada che un sistema paese deve perseguire per modernizzarsi e dare le giuste risposte ad una società in continua trasformazione, non solo per effetto della crisi economica, ma rapidamente mutevole nei suoi comportamenti sociali.

Infine, il **presidente Roberto Conforti** ricordando la recente presentazione da parte di Uea di un esposto ufficiale all'Agcm contro le cattive pratiche dei comparatori di polizze on line, ha così chiosato il pensiero dell'Associazione: "Uea non ha pregiudizio alcuno nei confronti della concorrenza, la quale, purché corretta, leale, legittima e praticata in presenza di regole comuni, rimane la migliore medicina per qualsiasi mercato. Uea ha invece fortissimi pregiudizi nei confronti di chi si improvvisa abusivamente intermediario di prodotti e servizi, a maggior ragione se si tratta di prodotti complessi e scritti in un linguaggio incomprensibile quali sono i contratti di assicurazione. Nei confronti di tutti i sedicenti intermediari che in nome di una sedicente terzietà si permettono di operare out of law, la posizione di Uea è sempre la stessa: denunciarli al fine di ripristinare la legalità a tutela dei consumatori e di tutti gli altri Intermediari".



PROSEGUE LA CAMPAGNA CONTRO LA
DISINTERMEDIAZIONE DEL SERVIZIO ASSICURATIVO

UEA DENUNCIA I COMPARATORI ALL'AGCM



*Presentato ufficialmente il ricorso all'Antitrust
contro le pratiche commerciali scorrette dei siti comparativi.
E all'indomani della pubblicazione dei risultati dell'indagine Ivass,
Il Sole24Ore ricorda che è stata Uea a lanciare per prima l'allarme sul loro operato*

A conclusione dell'anno dedicato alla Campagna contro la disintermediazione del servizio assicurativo – costellato da numerosi articoli, report e convegni a cui hanno partecipato illustri esponenti di Mise, Ivass, Antitrust e Ania – con la presente comunicazione, l'Unione Europea Assicuratori (UEA) ufficializza l'invio, avvenuto in data 27 novembre 2014, di un formale esposto all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato contro le cattive pratiche commerciali dei comparatori di polizze on line.

La felice coincidenza della conclusione, proprio pochi giorni fa, dell'indagine Ivass sull'operato dei siti comparativi (da cui sono tratte le tabelle qui a fianco) non fa che corroborare le tesi portate avanti da oltre un anno e mezzo dall'Associazione che, come riconosciuto anche da Il Sole24Ore nell'articolo "Quell'allarme sulle polizze online lanciato un anno fa" ha assunto un ruolo pionieristico in questa battaglia in favore dei diritti dei consumatori e di un mercato sano e regolato.

Uea rileva con particolare soddisfazione anche la mobilitazione delle associazioni dei consumatori che, a seguito dell'inchiesta del

Sito Comparativo	Imprese pubblicizzate		Banner
	in home page	in altre pagine web	
Facile	"Confronta 18 compagnie"	"Assicurazione auto - Compagnie" riportate 9 denominazioni	16 loghi in Home page
6Sicuro	"Confronta 18 assicurazioni"	- Nella pagina "Compagnie assicurative - Compagnie assicurative partner": 17 loghi; - In calce alla stessa pagina: "Compagnie assicurative non confrontate su 6Sicuro" con 34 nomi di compagnie	In Home page banner con 16 loghi. Nella pagina "Assicurazioni auto" banner con 18 loghi.
Segugio	"Confronta le migliori offerte e risparmio"	In calce alla pagina "Assicurazioni auto" riportate 8 denominazioni	10 loghi in Home page ed in "Assicurazioni confrontate"
Comparameglio	Riportati i loghi di 9 imprese	- Nella sezione "Assicurazioni r.c. auto on line" dicitura: "confronta fino a 18 compagnie"; - In calce alla stessa pagina "Compagnie assicurative che ancora non aderiscono al servizio di comparazione" con 19 nomi di compagnie.	Nella sezione r.c. auto: 9 loghi di cui 1 marchio che non è compagnia ma è prodotto r.c. professionale.
Supermoney	"Confronta le migliori assicurazioni". Riportati 3 loghi	- Nella sezione "Assicurazioni on-line" dicitura: "Confronta in tre minuti 20 compagnie"; - Nella pagina "Assicurazioni auto confrontate" riportati 6 loghi; - Nella stessa pagina "Altre Compagnie rilevanti sul mercato" riportati 6 (nomi /loghi).	assente
Chiarezza	"Confronta le migliori assicurazioni e risparmia tempo e denaro sulla tua polizza auto"	- Nella sezione "Assicurazioni auto - compagnie assicurative confrontate" riportati 7 loghi; - cliccando su "Tutte le compagnie" si visualizza un elenco denominato "Assicurazioni auto non ancora confrontate da Chiarezza.it" con 25 nomi di compagnie di cui 1 broker.	assente

Tabella 2 - Messaggi pubblicitari

Sito Comparativo	in home page	in altre pagine del sito
FACILE	- "Assicurazioni on line: confronta e scegli la migliore" - "Assicurazioni Auto: Confronta 18 compagnie e risparmia fino a 500€"	"Facile.it è il tuo alleato nella ricerca online della migliore assicurazione auto"
SEGUGIO	"Confronta più compagnie. Risparmi fino a 500 euro!"	"Su Segugio.it trovi l'assicurazione auto più vantaggiosa e risparmi sulla tua polizza fino a 500€!"
6SICURO	"Confronta 18 Assicurazioni Auto e scegli la soluzione più vantaggiosa e adatta alle tue esigenze. Risparmia fino a 800 euro!"	
SUPERMONEY	"Assicurazione auto: polizze a partire da 181€. Confronta le migliori assicurazioni!"	- "Su SuperMoney trovi solo preventivi assicurazioni auto migliori o uguali a quelli delle compagnie" - "Ti aiutiamo a trovare la migliore assicurazione auto."
COMPARAMEGLIO	"Assicurazione auto: risparmia fino al 50%"	"Assicurazione auto a partire da 199€ l'anno"
CHIAREZZA	"Confronta le migliori assicurazioni e risparmia tempo e denaro sulla tua polizza auto"	"Scegli le migliori assicurazioni e risparmia sulla tua polizza auto"

Tablelle indagine Ivass



Regulator, hanno addirittura chiesto di “oscurare le pagine web dei siti denunciati almeno fino a che l’istituto non potrà verificare la correzione delle criticità emerse” (Codacons). Per Konsumer Italia “la bocciatura dell’Ivass è totale” e il fatto di aver “scoperchiato il pentolone ingannevole delle false comparazioni” fa sì che “i consumatori non possono stare tranquilli”.

Il ricorso inviato all’Agcm verte su un’ampia e documentata serie di fattispecie, di seguito un breve accenno ad alcuni degli aspetti più rilevanti:

- il “risparmio” promesso e pubblicizzato non cita il termine di paragone rispetto al quale tale risparmio andrebbe calcolato.
- non è chiaro il rapporto che lega questi soggetti alle compagnie di assicurazione. Questa omissione pregiudica la conoscenza che il consumatore deve avere rispetto a potenziali conflitti di interesse, come rilevato da EIOPA nelle linee guida elaborate sui comparatori web di prodotti assicurativi (http://eiopa.europa.eu/fileadmin/tx_dam/files/publications/reports/Report_on_Good_Practices_on_Comparison_webistes.pdf).
- molti comparatori rimarcano la gratuità del loro servizio, precisando che il premio di polizza non viene gravato da commissioni, ma questo contrasta con il fatto che questi soggetti si qualificano come broker e siano iscritti alla sezione B del Rui.



A commento di questa importante iniziativa **Francesco Barbieri, vicepresidente Uea e promotore della Campagna Uea contro la disintermediazione** ha rilevato amaramente come negli altri paesi europei “la multicanalità distributiva non si attua in danno di uno dei canali agiti”, mentre in Italia “le compagnie obbligano i loro agenti monomandatari a subire la concorrenza sleale e le cattive pratiche commerciali di altri attori del mercato”. Questo comportamento ha un duplice risvolto negativo, per gli agenti evidentemente, ma anche per il consumatore che “anziché sentirsi informato, supportato ed accompagnato verso la individuazione della soluzione più adeguata al suo specifico bisogno assicurativo, si vede letteralmente aggredito da una moltitudine di rapaci sedicenti assicuratori. Ma principi cardine e strumenti obbligati nella distribuzione di prodotti assicurativi, quali tutela del consumatore e trasparenza nel primo caso, consenso informato e valutazione di adeguatezza nel secondo, come possono essere disinvoltamente superati nei casi di aggressione commerciale sopra citati?”.

Uea continuerà la sua Campagna contro la disintermediazione del servizio assicurativo perché la guardia non va abbassata ed il ricorso all’Agcm costituisce una tappa, ancorché significativa, ma non il traguardo. Infatti vi potrebbero essere ulteriori profili di illegalità da sottoporre ad altre Authority, opzioni rispetto alle quali Uea sta definendo lo schema giuridico di eventuali nuovi ricorsi.

.....
Il commento del presidente Uea, Roberto Conforti

Cito dall’indagine Ivass sui siti comparativi nel mercato assicurativo italiano, 29 pagine la cui lettura dovrebbe essere resa obbligatoria in tutte le scuole italiane di ogni ordine e grado, per tutti i dipendenti delle Compagnie a cominciare dai dirigenti

ed in tutte le Agenzie di Assicurazioni a cominciare dagli Agenti:

- da pag. 4:

[...] “è emerso che i siti comparano solo (o prevalentemente) le imprese (n.7) con cui hanno stipulato accordi di partnership e da cui percepiscono provvigioni in relazione a ciascun contratto stipulato”.

[...]“L'indagine ha evidenziato un confronto basato esclusivamente sul prezzo, che non tiene conto dei contenuti delle polizze;... la pubblicizzazione di un numero di imprese confrontate superiore a quello effettivo”.

[...] “viene fatto largo uso di messaggi pubblicitari formulati in modo tale da ingenerare nell'utente un convincimento improprio circa la possibilità di ottenere risparmi o di acquistare il miglior prodotto”.

- da pag. 7 punto 2.3:

[...] “Delle 68 imprese, italiane ed estere, operanti in Italia nel ramo Rc auto, i siti comparano solo (o prevalentemente) 7 compagnie “dirette”, che operano mediante tecniche di vendita a distanza, con cui hanno stipulato appositi accordi di collaborazione e da cui percepiscono provvigioni”. Aggiungo io, ma il tormentone veicolato dalle dirette e da alcuni dirigenti che ignorano o fingono di ignorare i costi/ricavi delle “dirette”, non era quello che le stesse sono più convenienti perché non pagano le provvigioni agli Agenti?!?!?

Pagarle ai sedicenti comparatori è diverso???

- da pag. 15 punto 3.3:

[...] “La comparazione fondata esclusivamente sul premio non consente, infatti, al consumatore di valutare l'effettiva convenienza del prodotto rispetto alle proprie esigenze assicurative”.

Per ottenere questo risultato “importante” Uea ha impiegato quasi due anni, sei Convegni nazionali con i quali ha coinvolto Ivass, Agcm, Mise, Ania, Konsumer Italia, alcune Camere di Commercio,



Roberto Conforti, presidente Uea

stampa tecnica di settore ed intermediari professionali.

Non era un risultato né facile né scontato, specialmente in un Paese, quale è il nostro, dove l'intero impianto giurisdizionale è orientato a tutelare i torti; poco importa che si tratti dei torti di chi occupa abusivamente il mio appartamento mentre io sono ricoverato in ospedale (magari avendo preso in “affitto” due minorenni all'uopo addestrati), oppure dei torti del pluriomicida che deve avere la possibilità dei lavori socialmente utili, l'importante è che siano tutelati i torti dei carnefici e ignorati i diritti delle vittime.

Anche per queste ragioni è un risultato “importante”, che Uea ha ottenuto da sola, senza risorse finanziarie, senza padrini politici o non politici di alcun genere, ma solamente con l'intelligenza, la caparbieta ed i sacrifici delle sue donne e dei suoi uomini.

Mercoledì 26 novembre, nella mia qualità di Presidente, ho firmato la segnalazione all'Antitrust contro le cattive pratiche commerciali dei comparatori, giovedì all'Università Statale di Milano si è tenuto un Convegno, promosso da Uea, volto a fare luce sulle pratiche di intermediazione e sugli intermediari delle quote associative ai Fondi Sanitari Integrativi, alle Società di Mutuo Soccorso e Dio solo sa a cosa altro. Un mondo completamente opaco, privo di

un quadro normativo di riferimento, del quale nulla è dato sapere, ma che occupa migliaia di intermediari nella allegra indifferenza di tutti.

La motivazione è sempre la stessa: tutelare i diritti e non i torti, affinché la legalità, anche in questo Paese, non sia sempre un optional.

Uea non ha pregiudizio alcuno nei confronti della concorrenza, siamo convinti che la concorrenza sia, insieme a delle regole certe e condivise, la migliore medicina per qualsiasi mercato, certo deve essere corretta, leale, legittima e praticata con le medesime regole. Uea ha invece fortissimi pregiudizi nei confronti di chi si improvvisa abusivamente intermediario di prodotti e servizi, a maggior ragione se si tratta di prodotti complessi e scritti in un linguaggio incomprensibile quali sono i contratti di assicurazione.

Nei confronti di questi sedicenti intermediari, forti della loro ignoranza che coltivano con cura, non avendo obblighi formativi, e della loro sedicente terzietà che gli consentirebbe di operare out of law, al di fuori della legge in qualità di tertium genus, la posizione di Uea è sempre la stessa: denunciarli al fine di ripristinare la legalità a tutela dei consumatori e di tutti gli altri Intermediari.

La storia ci dirà se saranno ancora capaci di intermediare rispettando le Leggi.

Uea continuerà la sua campagna contro la disintermediazione del servizio assicurativo, perché la guardia non va abbassata mai.

Ci piacerebbe non essere sempre soli, però non ci piacerebbe neppure vedere confermato il detto di Bruno Barilli “l’italiano è sempre pronto a volare in soccorso del vincitore”.

Vedremo.

Roberto Conforti
Presidente Uea

I perché di una battaglia, le ragioni di un’idea

Quante volte in questi anni lo hanno chiesto a UEA, ai suoi vertici e a coloro che più di altri, come si dice, “ci hanno messo la faccia”: perché? Perché questa Campagna contro la disintermediazione del servizio assicurativo? Insomma, perché imbarcarsi in quella che all’inizio sembrava una causa persa, che proseguendo si è dimostrata una battaglia impari e che alla fine si è rivelata una vittoria schiacciante?

Intanto, perché imbastire una vera e propria Campagna, costellata da due convegni di rilevanza nazionale - a Roma e a Rimini, a cui hanno partecipato esponenti di Mise, Ivass, Agcm e Ania - e un considerevole corpus di scritti (tutti disponibili sul nostro sito www.uea.it). Approfondimenti tecnici e normativi, relativi ai regolamenti Ivass e all’impianto legislativo che definisce gli obblighi degli intermediari (e dunque dei comparatori?) e le sanzioni a loro carico. Articoli ed editoriali del vicepresidente Francesco Barbieri che alternando l’arma dell’analisi a quella dell’invettiva, in un cesellato connubio di *ars oratoria e vis polemica*, ha da un lato definito l’impianto concettuale del “Pensiero UEA” e dall’altro smosso animi e intelletti. E, ancora, note e commenti che hanno chiosato ogni passaggio, dalla notizia dell’indagine avviata dalla FCA (il Regulator britannico) – prima Authority a segnalare i profili di criticità su cui UEA stava richiamando l’attenzione – al “faro” acceso dall’Ivass fino alla recente conclusione dell’indagine.

Un lavoro pervicace, talvolta “urlato”, talvolta celato e silenzioso, ma sempre operante che ha portato ad una crescente mobilitazione dei soci, poi degli addetti ai lavori, delle Istituzioni, delle Authority e delle Associazioni dei consumatori.

Un impegno che ha trovato, via via, molti compagni di viaggio e qualche detrattore,



Diana Pastarini, comunicazione Uea

che ha generato entusiasmo, partecipazione e, ancora, quella domanda: perché? Perché UEA ha scelto questa battaglia? Ebbene, la risposta, come spesso accade, è contenuta nella domanda. Perché UEA è una libera associazione di intermediari che come “forma” si è data quella del Centro Studi e come “contenuto” lo sviluppo professionale e culturale dei propri soci e di un mercato assicurativo sano, regolato ed eticamente connotato. Ora, di fronte all’ascesa – cospicuamente finanziata, impetuosamente pubblicizzata e colpevolmente indisturbata – di nuovi soggetti dell’intermediazione assicurativa, non previsti dal Rui e non disciplinati da regolamenti specifici, UEA ha semplicemente posto delle domande. E poi preteso delle risposte.

Soprattutto UEA ha inteso palesare alcune storture che oggi, dopo l’ufficializzazione di un esposto formale all’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, possiamo così riassumere:

- i “sedicenti comparatori” raffrontano esclusivamente il prezzo delle coperture, senza dare adeguata percezione al consumatore da un lato delle caratteristiche del prodotto offerto e dall’altro della necessità che queste corrispondano alle sue effettive esigenze di protezione.
- i “sedicenti comparatori” promettono mirabolanti sconti su una polizza, la Rc auto, che gli automobilisti sono obbligati a sottoscrivere per legge, senza citare il termine di paragone rispetto al quale il risparmio è calcolato, producendo così un effetto distorsivo dei comportamenti di acquisto dei consumatori.

- i “sedicenti comparatori” non rispondono all’obbligo di informazione, trasparenza e adeguatezza imposto agli intermediari professionali di assicurazione perché non verificano che le condizioni di assicurazione siano effettivamente comprese dal cliente.
- i “sedicenti comparatori” non raffrontano le polizze di tutte le compagnie, non chiariscono con quali di queste compagnie hanno stretto accordi di natura commerciale (forieri di potenziali conflitti di interesse) e tanto meno gli aspetti provvigionali (suggerendo invece la totale gratuità del servizio prestato).

Ognuno di questi aspetti è stato approfondito da UEA – grazie anche al contributo di autorevoli esperti, professori e giuristi – per arrivare ad enucleare la seguente tesi: i sedicenti comparatori, lungi dall’essere la soluzione salvifica al problema, tanto reale quanto strumentalizzato, del “caro Rc auto”, costituiscono un pericolo di ordine sociale e culturale, nella misura in cui paventando un vantaggio economico ai consumatori li inducono ad un acquisto inconsapevole esponendoli, potenzialmente, a rischi legati ad esclusioni, franchigie, scoperti e rivalse rispetto ai quali i cittadini sono “ignoranti”, impreparati e indifesi.

Per UEA la tutela – reale e non solo formale – del consumatore è il presupposto su cui si fonda l’istituto assicurativo e il cardine etico che definisce la funzione sociale dell’intermediario professionale. Un assunto tanto semplice, da risultare dirompente.

Così come in passato, anche in futuro UEA non potrà dispiegare una potenza di fuoco (mediatica e lobbistica) di straordinaria portata, ma potrà continuare a credere nella forza delle idee che, forse, non cambieranno il (loro) mondo, ma magari smuoveranno le (nostre) coscienze.

Diana Pastarini

Comunicazione e Relazioni Esterne Uea

SULL'ULTIMO VIAGGIO STUDIO UEA A PARIGI. RISCONTRO AD UN POSSIBILE MODELLO DI AGENZIA?

“Mia madre, la poverina, pensa che io suoni il violino in un bordello, in realtà faccio l'assicuratore”. Così scriveva nel XIX secolo un giovane di Parigi ad un amico.

È sicuramente un “mestiere antico” quello dell'assicuratore che, in forme diverse, ma quasi sempre con al centro la figura di un intermediario, è arrivato, attraverso i secoli, sino ai giorni nostri. La frase citata all'inizio, insieme ad altre celebri

battute – tra cui alcune indimenticabili di Woody Allen – testimoniano come questa professione sia stata spesso oggetto di “calunnie”, quasi vituperata, tanto che la sua reputazione sociale è da sempre una questione dibattuta.

Uea, che nella sua mission si è assunta l'onere e l'onore di diffondere la cultura assicurativa principalmente tra i suoi associati – anche per elevare la nomea di questa nobile, per i suoi importanti risvolti sociali, professione – si è recata a Parigi quest'anno per studiare e conoscere da vicino il mercato da più parti indicato come maggiormente simile al nostro.

Con l'Associazione eravamo già stati a Parigi circa dieci anni fa e la realtà agenziale ci era allora apparsa più in difficoltà perché proprio in quel periodo la ribalta era occupata dal successo della bancassurance e dalla prospettiva, che sembrava imminente, dell'ascesa della Grande Distribuzione nel mercato assicurativo. Una prospettiva a cui iniziavano a guardare con favore anche importanti compagnie nazionali francesi, in diretta concorrenza anche con la “propria” rete agenziale.

Allora, un po' più giovane e speranzoso, mi ero preoccupato come agente riflettendo sul fatto che se il mio (nostro) futuro andava in quella direzione gli spazi di “manovra” professionali si sarebbero



Filippo Gariglio, consigliere Uea

ristretti notevolmente. Si trattava di tentativi, diversi da quelli attuali, ma pur sempre di disintermediazione.

Ma cosa è poi realmente successo? La bancassurance, nata in Francia, ha mantenuto un ruolo dominante nel settore Vita mentre gli agenti hanno resistito, seppur duramente colpiti, svolgendo ancora oggi un ruolo di primo piano nel ramo Danni d'Oltralpe.

È interessante dunque enucleare qualche riflessione su quanto accaduto negli anni e sulla situazione che si evidenzia oggi. Nel 1950 vi erano circa 25mila agenti e intermediavano il 64% del ramo Danni, oggi gli agenti sono meno della metà, 12mila e detengono il 34% dello stesso mercato.

Nulla di nuovo, potremmo dire, anche in paragone alla realtà italiana. Ma più interessante ancora è indagare le cause di questo fenomeno e, sempre nel Viaggio Studio Uea in Francia, abbiamo avuto occasione di farlo grazie alla presentazione di un'importante ricerca realizzata da una società che vanta una lunga ed intensa attività nell'ambito dell'intermediazione agenziale francese.

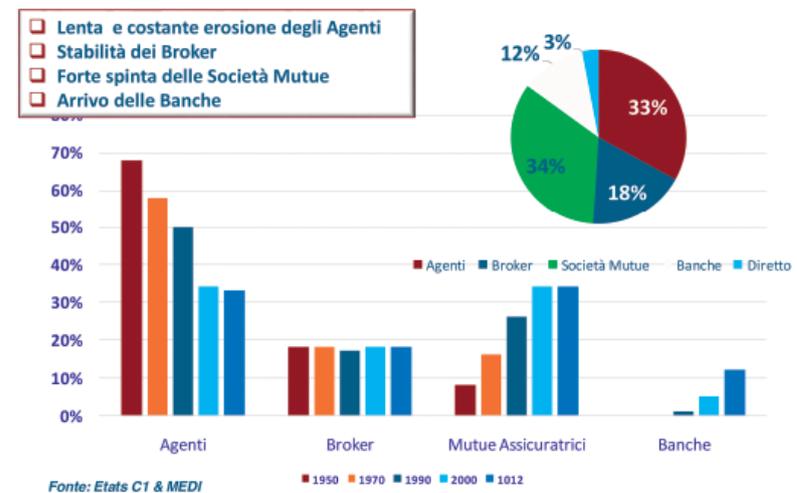
Tra i fenomeni che storicamente hanno impedito al mercato assicurativo intermediato dalle agenzie di crescere e mantenere una rilevante quota di mercato, ci è stata segnalata la nascita negli anni '70 delle mutue dirette – le cosiddette mutuelle – poi della bancassurance. Soggetti diversi, ma che sono stati capaci di dare risposte più efficaci alle esigenze che la società manifestava, anche a scapito delle compagnie assicurative tradizionali. Ancora, tra le cause individuate come

determinanti per la chiusura degli uffici agenziali: l'incapacità degli agenti di cambiare la propria attività in funzione delle mutate esigenze dei clienti; l'impossibilità di trovare valide forme di partnership con le compagnie di assicurazioni; una sorta di "cecità" rispetto alla comprensione delle trasformazioni e dei cambiamenti.

Da ciò si potrebbe trarre una prima conclusione che riguarda tanto le compagnie tradizionali che la rete distributiva: senza una visione strategica di ampio respiro, capace di dare compiutezza al ruolo sociale che gli è proprio, entrambe hanno perso l'opportunità di costruire e valorizzare un circuito virtuoso che gli avrebbe permesso di occupare uno spazio cruciale all'interno del tessuto socio-economico e che ha visto invece affermarsi nuovi attori più dinamici e intraprendenti. La strategia di scaricare sulle reti distributive tutto il peso della burocrazia e la "colpa" delle mancate risposte alla società ed al mercato, ha fortemente penalizzato gli agenti e non ha portato i benefici sperati.

Forse memore di queste esperienze, il sistema assicurativo francese ha deciso

Cronologia: Evoluzione delle quote di mercato nel settore Danni



Fonte: Etats C1 & MEDI

© MEDI Confidential 2014

- 3 -



di rispondere alla sfida, nuova ed attuale, della digitalizzazione riportando al centro l'intermediazione professionale. Come ci ha espressamente palesato un illustre esponente del principale player domestico – e più in generale, colosso mondiale delle assicurazioni – in Francia, dove Axa ha nove milioni di clienti, gli assicurati più “redditizi”, in termini di fidelizzazione, qualità e quantità di polizze sottoscritte e correttezza di rapporto sono quelli intermediati dalla rete agenziale. Ma allora, finalmente, la fidelizzazione non è più additata come un disvalore! Non è qualcosa che, come sentiamo spesso dire, penalizza l'assicurato, ma qualcosa che al contrario “crea valore” per entrambe le parti in gioco, anche solo per la semplice riduzione dei costi di acquisizione dovuti alla turnover.

Questa consapevolezza ha portato a far integrare le agenzie nei processi di comunicazione web della Compagnia – in un rapporto di partnership trasparente, senza tentativi occulti di disintermediazione – ponendole al centro della sua strategia “digital”.

Insomma, in Axa sembrano aver capito che disintermediare attraverso il web potrebbe comportare per le compagnie tradizionali il rischio di essere fagocitate da nuovi attori che di quel mondo sono protagonisti indiscussi con miliardi di contatti ed enormi risorse finanziarie investite. E tutto ciò non sempre a vantaggio dell'assicurato-consumatore, come episodi recenti hanno ampiamente dimostrato.

Il mercato assicurativo francese è uno dei più importanti del mondo – con una quota di Pil che nei danni raggiunge il 3,3% contro il 2% italiano – e ci sta “dicendo” che gli agenti possono mantenere un ruolo anche nell'era della digitalizzazione purché possano (e sappiano) viverla da protagonisti. Come una straordinaria opportunità per relazionarsi coi propri assicurati, attuali e futuri.

Si tenga poi presente che gli agenti francesi “esclusivi”, ovvero che intermediano principalmente per una compagnia, hanno solo il 7 % del proprio volume di affari altrove e ciò evidentemente grazie alla completezza di servizio e prodotto offerto dalla mandante. Tutto ciò mentre in Italia si discute ancora, in modo strumentale e demagogico, se la libera collaborazione tra agenti possa essere legittima, ora che è lecita, senza creare concorrenza sleale per le compagnie.

Per dare risposte ad un futuro che appare incerto e precario per gli agenti, Uea sta progettando con l'ausilio di consulenti esperti in materia una “app” di agenzia che, a costi accessibili, mantenga la centralità della consulenza agenziale moltiplicandone le potenzialità, per l'offerta di prodotto, la gestione dei sinistri, la comunicazione e lo scambio di informazioni con la clientela.

Questo sempre nell'ottica di valorizzare l'identità distintiva degli intermediari professionali che Uea ha da tempo indicato come la strada maestra per gli agenti che vogliono instaurare con la compagnia o le compagnie che rappresentano, un rapporto fiduciario di vera partnership rispettoso dell'autonomia e dei rispettivi ruoli. Ormai i modelli agenziali che si vanno delineando in Europa cominciano ad essere evidenti per cui sta a noi associati Uea, ed a quelli che vorranno associarsi perché ne condividono il pensiero, decidere quale via percorrere per rimanere agenti autonomi. Agenti imprenditori.

L'esperienza e le testimonianze ascoltate e il bagaglio con cui siamo tornati a casa hanno ampiamente ripagato del tempo e del denaro investito in questo viaggio studi Uea. E poi... Parigi è sempre Parigi...

Au revoir.

Filippo Gariglio
Consigliere Uea

TUTELA LEGALE D.A.S.:

UNA GRANDE OPPORTUNITÀ PER LE RETI DISTRIBUTIVE,
UN SERVIZIO DI VALORE PER IL CLIENTE

Si rinnova la partnership tra D.A.S. e Uea finalizzata alla promozione della Tutela Legale come valore aggiunto per gli intermediari professionali



Nel complesso contesto normativo ed economico in cui ci troviamo, dove le occasioni di conflitto sono sempre più numerose e il sistema giudiziario italiano sempre più lento e burocratizzato, il ramo assicurativo della Tutela Legale presenta ampi margini di crescita nel mercato, offrendo ai professionisti dell'intermediazione assicurativa un'occasione professionale, culturale e di business molto importante.

È proprio nella condivisione di questa opportunità che D.A.S. e Uea. hanno rinnovato, per il 5° anno consecutivo, la loro consolidata partnership, con l'intento di diffondere la conoscenza del ramo Tutela Legale tra gli intermediari assicurativi e in particolare tra i soci Uea.

IL CONTESTO

Nel nostro Paese il problema della giustizia "lumaca" ha assunto un peso rilevante per cittadini e imprenditori: la durata media dei processi civili supera abbondantemente i tre anni e tutto ciò si traduce in un costo elevatissimo per imprese e cittadini.

Con una professionale e qualificata attività stragiudiziale D.A.S. riesce in molti casi ad evitare al cliente l'iter della giustizia tradizionale dai tempi biblici, dai costi ingenti e dagli esiti più che mai incerti. Sono i professionisti della Compagnia, infatti, ad analizzare attentamente la controversia e a proporre agli assicurati la soluzione migliore tra una serie di qualificati servizi attivabili.

Una maggiore diffusione dell'assicurazione di tutela legale potrebbe portare numerosi vantaggi per l'intero sistema giudiziario: ad esempio, inquadrare la situazione conflittuale nell'ambito giuridico con un'esperta consulenza legale e trasmettere nozioni

basilari di diritto potrebbe, secondo alcune stime, ridurre del 30 per cento le potenziali vertenze. Se a questo si accompagnasse la ricerca di una soluzione bonaria della controversia attraverso un'assistenza legale qualificata in fase stragiudiziale (attività su cui D.A.S. investe da sempre) si stima che le liti giudiziarie si ridurrebbero del 90%.

GRANDI OPPORTUNITA' DI BUSINESS

Essendo molto basso il grado di penetrazione delle coperture di tutela legale nel nostro Paese, il mercato potenziale rimane ancora "inesplorato" e rappresenta una grande opportunità di business per reti distributive.

OFFERTA COMPLETA E UNICA SUL MERCATO

D.A.S. è in grado di offrire alle reti distributive prodotti innovativi e unici sul mercato, che spesso coniugano garanzie assicurative e servizi di grande valore per cittadini e imprese. La tutela legale può essere venduta in abbinamento alla polizza di Rc o come prodotto stand alone, che spesso diventa "il traino" per promuovere altri tipi di coperture.

IMPATTI GESTIONALI RIDOTTI AL MINIMO

I continui investimenti su innovativi applicativi informatici permettono di ridurre drasticamente i carichi gestionali delle reti distributive. Dal preventivatore rapido, al portale sinistri per essere aggiornati in tempo reale sullo stato di gestione dei casi denunciati, al nuovo portale operativo integrato: semplice, intuitivo, funzionale e veloce; fino alla firma elettronica certificata che permette di emettere polizze in mobilità ed eliminare totalmente l'uso della carta.

REMUNERATIVITÀ

La tutela legale garantisce entrate costanti e contribuisce al bilancio economico dell'intermediario. La struttura non è gravata da ulteriori costi di gestione, l'attività operativa è minima ed è possibile sfruttare la partnership per aggredire nuovi mercati e fidelizzare i clienti attuali. D.A.S. costruisce con le reti distributive piani incentivanti personalizzati e garantisce un'assistenza commerciale sul territorio professionale e qualificata.

ASACERT CHIUDE UN 2014 RICCO DI SUCCESSI



Tra le note positive, l'acquisizione di una storica azienda concorrente e la partnership avviata con Uea



In uno scenario caratterizzato dall'estrema incertezza dei mercati e dall'inasprimento delle prospettive di crescita dell'economia mondiale, Asacert è riuscita ancora una volta a chiudere un anno estremamente positivo, ottenendo ottimi risultati confermati dal processo di crescita che caratterizza l'andamento della Società negli ultimi anni.

Tra i vari obiettivi raggiunti, siamo lieti di comunicare l'acquisizione di Qualitalia Controllo Tecnico, azienda concorrente attiva sul territorio italiano da quasi 20 anni e fallita a causa della crisi. Quanto ottenuto nell'anno trascorso ci induce ad essere fiduciosi sul futuro e riconferma il fatto che le nostre politiche di sviluppo e le strategie di crescita siano coerenti con ciò che richiede il mercato.

Certamente il contesto economico in cui ci troviamo ad operare è spietato, ma l'elevata professionalità, le competenze e la preparazione dei tecnici Asacert forniscono un valido punto di forza che permette alla Struttura di dare sempre risposte pronte e certe alle esigenze dei propri interlocutori. È grazie a loro infatti, che Asacert trova la giusta spinta per operare secondo i più elevati standard, nonostante le difficoltà del periodo storico, ma forti del fatto che la

determinazione con cui ci dedichiamo al nostro lavoro premierà le scelte fatte.

La costruzione di relazioni solide e durature è il nostro principale obiettivo e, a tal fine, abbiamo scelto di rafforzare ulteriormente l'ascolto dei nostri interlocutori per meglio comprenderne le esigenze e sviluppare soluzioni concrete per rispondere alle loro aspettative. In quest'ottica, ben si instaura la proficua collaborazione stretta con UEA e portata avanti ormai da quasi un anno, periodo durante il quale importanti attività sono state svolte.

Nel corso del 2015, altrettanto ricco di aspettative, Asacert intende mantenere questo andamento positivo, pronta a recepire i cambiamenti del mercato per essere in grado di offrire le migliori soluzioni alle realtà con cui collabora.

PERCHÉ LA RIPARAZIONE DIRETTA È UN'OPPORTUNITÀ DA NON PERDERE



Il 21 novembre il gruppo per ha organizzato a Firenze, con il patrocinio di Uea, un importante convegno dal titolo "La riparazione diretta: una nuova opportunità di business?"

L'incontro dello scorso 21 novembre voleva essere un primo momento di confronto tra tutti gli attori del settore sul tema della riparazione diretta, cominciando dal definire con maggiore chiarezza cosa si intenda con questo nome e come essa si inserisca nei processi liquidativi delle Compagnie.

Ad aprire i lavori è l'intervento di **Stefano Sala**, a.d. del **Gruppo per**, al quale è affidato il compito di introdurre il tema e presentare i risultati di una ricerca condotta dalla sua azienda tra i principali assicuratori europei e i service provider di tale servizio. L'interesse non è tanto per il panorama europeo in sé, quanto per i tentativi di applicazione già messi in atto e per i risultati in termini di vantaggi, risparmi e criticità.

Il convegno chiarisce che con la definizione "riparazione diretta" si intende un servizio offerto dalle compagnie assicurative ai propri clienti, direttamente o tramite la propria rete fiduciaria, attraverso il quale si propone agli assicurati il risarcimento di un danno attraverso una «liquidazione in forma specifica» anziché attraverso un indennizzo in danaro. Nata in Spagna negli anni Ottanta, si afferma presto nel mercato dell'auto; più lento è, invece, il processo che la porta a diventare, in molti Paesi europei, consuetudine anche nel settore property, in particolare per quanto riguarda la riparazione dei danni da acqua: le compagnie assicurative che hanno cominciato seriamente più di 5 anni

fa a promuovere la riparazione diretta, oggi gestiscono in questo modo mediamente tra il 30% e il 40% dei loro sinistri.

I dati di soddisfazione del cliente e di netto risparmio per la Compagnia non potevano che invogliare anche le assicurazioni italiane a tentare questa strada. Proprio durante il convegno di Firenze sono stati illustrati i risultati dei primi test nazionali: a Eugenio Daprà, per conto di ITAS Assicurazioni, il compito di raccontare il progetto che la Compagnia trentina ha in corso con per spa nell'ambito delle polizze Globale fabbricati; ad Andrea Gualtirolo quello di soffermarsi invece sui progetti di riparazione diretta di AXA Assicurazioni nell'ambito delle piccole e medie imprese.

Il convegno voleva dare voce a tutti gli attori in gioco: per questo, agli interventi degli assicuratori fa seguito quello di un agente e di un perito. La parola passa ad **Armando Bianchessi**, titolare dell'omonima agenzia assicurativa, che parla della riparazione diretta intesa come elemento distintivo di servizio al cliente e poi ad **Amedeo Polisicchio**, che dopo una breve introduzione di **Stefano Sala** sul modello di collaborazione con i periti, riporta il punto di vista sul tema proprio di questi ultimi. Un panel completo di professionisti del mondo assicurativo e peritale, che hanno fatto il punto sui primi progetti sviluppati in Italia e all'estero e i risultati ottenuti, con riferimento ai vantaggi, i risparmi e le criticità di queste nuove forme liquidative.

A conclusione, **per** spa lancia una proposta di modello integrato di riparazione diretta che coinvolga agenti, periti, riparatori, clienti finali e compagnie assicurative in un sistema globale con grande propensione all'utilizzo di piattaforme IT innovative. Ai più lungimiranti la responsabilità di cominciare ad operare in questo modo.



DUAL PRESENTA “DONATION NO PROBLEM”



*A novembre DUAL Italia ha lanciato una nuova polizza
che tutela gli interessi economici nelle operazioni di compravendita e locazione di immobili donati*

Vendere, comprare, affittare o finanziare l'acquisto di una proprietà immobiliare di provenienza donativa non è più un problema perché la nuova polizza realizzata da DUAL Italia - agenzia di sottoscrizione di assicurazione e riassicurazione del gruppo Hyperion Insurance - garantisce dal rischio economico e finanziario conseguente all'azione di restituzione esercitabile da parte di un legittimario.

A cosa serve la polizza

La compravendita di un immobile avviene in genere a condizioni di mercato, ma questo non succede se il bene è stato oggetto di donazione. La concreta possibilità che in un tempo futuro, anche lontano, l'immobile possa essere oggetto di azione di restituzione da parte dei legittimari, indebolisce le aspettative economiche di realizzo del venditore e anche le certezze di chi compra. Inoltre, l'eventuale ente finanziatore sarà poco incline a concedere credito per una compravendita con queste caratteristiche.

Nello specifico, “DUAL Donation no problem”:

- protegge la commercializzazione di beni immobili oggetto di donazione;
- agevola la possibilità di ottenere un finanziamento bancario garantito da proprietà donative.

Come funziona

“DUAL Donation no problem” prevede il pagamento di un indennizzo al beneficiario della polizza, qualora il bene di provenienza donativa sia oggetto di una controversia legale da parte dei legittimari che intendono rientrare in possesso del bene donato

oppure ottenerne il controvalore monetario. L'indennizzo offerto ai beneficiari che abbiano subito una perdita economica sarà:

- il valore del bene immobile al momento della richiesta di indennizzo, in caso di restituzione;
- la somma di denaro dovuta ai legittimari per impedire che essi perdano la proprietà assicurata a seguito dell'esercizio dell'azione di restituzione;
- le spese sostenute e/o il mancato guadagno, ovvero i danni liquidati al termine del giudizio definitivo che il beneficiario dovrà pagare ad un conduttore costretto a liberare la proprietà in conseguenza dell'azione di restituzione.

Chi può acquistarla e quando

Chiunque abbia interesse a proteggere il valore economico della transazione: dal donante al donatario, dal terzo acquirente all'eventuale finanziatore dell'immobile. La polizza si può acquistare contestualmente all'atto di donazione o successivamente.

Come viene calcolato il premio

Il costo varia in funzione della somma da assicurare con riferimento al valore commerciale dell'immobile (fino a 5 milioni di euro). Il premio di polizza si paga una tantum alla stipula del contratto assicurativo, e include la rivalutazione automatica della somma assicurata affinché la stessa sia protetta, nel tempo, dagli effetti dell'inflazione.

Le garanzie assicurative di “DUAL Donation no problem” sono di Elite Insurance Company Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia.

Benvenuto ai Nuovi Soci

FERRARA ELENA – GENERALI ITALIA SPA – *Vigevano (PV)*

GIANFRANCO FERRI – UNIPOLSAI – *Treviglio (BG)*

ROBERTO SALA – HELVETIA – *Milano*

ALBERTO TARTAGLIONE – GENERALI ITALIA SPA – *Varazze (SV)*

ALFREDO TENTONI – REALE MUTUA – *Rivarolo Canavese (TO)*

ELEONORA TONINELLI – HDI ASSICURAZIONI – *Grosseto*

ALBERTO ZUCCA – ALLIANZ/AVIVA – *Oristano*

SAVE THE DATE

L'UNIONE EUROPEA ASSICURATORI

in collaborazione con SNA, AAA, Emergency,
Gli Amici del Lago Onlus, ABC Adozione Bambini Cambogiani

organizza una giornata in memoria di

Vittorio Zenith

“Un maestro per tanti, un esempio per tutti”

MERCOLEDÌ 21 GENNAIO 2015 - ore 15

presso il Palacongressi di Arona
Corso Repubblica, 58

A un anno dalla sua scomparsa, Uea ha scelto di celebrare la memoria di Vittorio Zenith, uno dei più illustri e stimati consiglieri dell'Associazione, attraverso le voci e le testimonianze di chi lo ha conosciuto come amico e compagno di viaggio; come collega dotato di un'intelligenza originale e di uno spiccato spirito critico; come promotore, appassionato e istrionico, di innumerevoli iniziative in favore dei suoi concittadini così come dei bambini e dei poveri di paesi lontani.

Agente per oltre trentacinque anni, socio Uea dal 1991 e membro del Consiglio Direttivo, Vittorio Zenith ricopriva incarichi di rilievo sia all'interno del Sindacato Nazionale Agenti che del Gruppo Agenti UIA, oggi confluito nell'Associazione Agenti Allianz.

PROGRAMMA

Chairman, Marina Robino, consigliere Uea

SALUTO ISTITUZIONALE

Claudio Peverelli, vicesindaco di Arona

RELATORI

“Vittorio, intermediario assicurativo illuminato”
Massimo Michaud, amministratore delegato Kinetica

“Vittorio, consigliere Uea di prestigio”
Francesco Barbieri, vicepresidente Uea

“Vittorio, il comandante Z”
Carlo Colombo, consigliere Uea

“Vittorio, collega, amico, confidente”
Franco Moretti, socio Uea

TESTIMONIAL

Claudio Demozzi, presidente Sindacato Nazionale Agenti

Tonino Rosato, presidente Associazione Agenti Allianz

Paola Minini, ex allievi Bocconi

Cecilia Strada, Emergency

Luigi Bellandi e Massimiliano Caligara,
Gli Amici del Lago Onlus

Natalia Gentile,
ABC Adozione Bambini Cambogiani di Arona

CONSIDERAZIONI FINALI

Roberto Conforti, presidente Uea





ASSICURA AI TUOI CLIENTI LA MIGLIOR DIFESA



DIFESA LEGALE

D.A.S., la Società Leader in Europa nella tutela legale, garantisce ai vostri clienti un servizio di consulenza e assistenza legale professionale e qualificato, che dà valore aggiunto alla vostra offerta assicurativa e, nel contempo, rappresenta una grande opportunità per fidelizzare gli assicurati. D.A.S. Assicurazioni costruisce con la rete di vendita rapporti stabili e fruttuosi nel tempo, garantendo massima disponibilità e assistenza agli intermediari e assicurando loro un efficace affiancamento nelle trattative, interventi formativi mirati, supporto informatico, oltre allo studio congiunto di iniziative commerciali personalizzate.

Fate anche voi la differenza: scegliete D.A.S.!

Contattateci al n. 045 8372611 o scrivete a commerciale@das.it