

RISKNET *news*

INFORMAZIONI E STRUMENTI PRATICI A TUTELA DELLE AZIENDE ASSICURATE

La prima newsletter non controllata da società o intermediari assicurativi e finanziari, fondata sull'assenza di conflitto di interessi nella gestione del rischio e delle assicurazioni

Organo di stampa di RISKNET® – “un nuovo modo di pensare la consulenza assicurativa in azienda”
(www.filippobonazzi.it – info: info@sirmitalia.com)

APRILE 2018

N. 15

IN QUESTO NUMERO

<i>notizie in breve</i> -	pag. 2
<i>appunti di viaggio</i> -	pag. 2
<i>tecnica</i> -	pag. 4
<i>mercato assicurativo</i> -	pag. 5
<i>apprendimento</i>	pag. 6
<i>quesiti frequenti</i>	pag. 6
<i>l'irriverente</i>	pag. 7
<i>ride bene chi ride ultimo</i>	pag. 9

RISKNETNEWS

Direttore responsabile: Filippo Bonazzi

Editore: S.I.R.M. srl
C.so V. Veneto n. 13/A
44121 Ferrara
info@sirmitalia.com

- ✓ A seguito del monitoraggio dell'83% dei conti correnti on line è emerso che la percentuale di correntisti che ha subito un furto di credenziali nel 2016 è pari allo 0,45% del totale, mentre lo 0,0141% ha perso soldi (Il Sole 24 Ore, 13.01.2018). Le perdite di denaro si verificano più frequentemente attraverso bonifici non autorizzati (87,4% del totale delle frodi).
- ✓ I premi versati per polizze che assicurano il rischio di non autosufficienza (Long term care) e di grave malattia (Dread disease) non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente (Circolare Agenzia delle Entrate n. 5/2018 del 29.03.2018). Le nuove modifiche introdotte dal Testo unico delle imposte sui redditi (art. 51, lett. f-quater), in base al chiarimento fornito dall'Agenzia delle Entrate, sono applicabili solo al dipendente e non anche ai familiari. Circa la sussistenza delle condizioni di non autosufficienza bisogna fare riferimento alla Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 28/E del 2016 paragrafo 2.3, mentre per la qualificazione delle patologie gravi l'Agenzia fa riferimento (anche se non tassativamente) all'elenco delle malattie professionali per cui è obbligatoria la denuncia all'Ispektorato del Lavoro ex D.M. 19.04.1973 aggiornato con D.M. 10.06.2014.
- ✓ Le società di autonoleggio rispondono in solido con i loro clienti delle multe comminate a questi ultimi durante la circolazione (Cassazione, n. 1845/2018).
- ✓ L'entità del risarcimento del danno a seguito di un incidente stradale non può essere calcolata in funzione delle condizioni socio-economiche del Paese in cui risiede il danneggiato (Cassazione, sentenza n. 3767/2018). Pertanto, anche se nel Paese di residenza del danneggiato il potere di acquisto della moneta è inferiore a quello italiano, il risarcimento del danno avvenuto in Italia deve essere commisurato ai criteri economici italiani.
- ✓ L'amministratore di una s.r.l. che non ha provveduto, nell'esercizio del suo mandato, al pagamento delle imposte o alla riscossione di alcuni crediti deve risarcire il danno derivante da queste sue omissioni alla curatela fallimentare (Tribunale di Roma, sentenza n. 24233 del 29.12.2017).
- ✓ Il locatore di un immobile non risponde del danno provocato a terzi dal locatario per immissioni sonore intollerabili. Ciò vale a condizione che il locatore non abbia omesso di prefigurarsi con negligenza, all'atto della stipula del contratto di locazione, che l'attività dell'inquilino avrebbe potuto provocare questo tipo di danno. In caso contrario, il locatore è obbligato a risarcire il danno assieme al locatario (Cassazione, sentenza n. 4908/2018).
- ✓ La somma di denaro corrisposta da un presunto evasore a favore della moglie attraverso una polizza Vita può essere sequestrata. Infatti, l'impignorabilità e l'insequestrabilità delle somme versate in un contratto di assicurazione sulla Vita (art. 1923 c.c.) non riguardano la responsabilità penale, disciplina in cui ricade, invece, il sequestro preventivo. Ciò vale anche nel caso di assicurazione stipulata a favore di un terzo (Cassazione, sentenza n. 11945 del 13.03.2017).
- ✓ Chi decide di aderire ad un Fondo pensione può scegliere di non destinarvi tutto il TFR ma di limitarne solo una percentuale (Decreto 22.03.2018, pubblicato su G.U. n. 91/2018).

Edilizia e assicurazioni: un binomio necessario

Il workshop organizzato l'11 aprile scorso dal broker Lercari a Milano dal titolo "Business insurance construction", mi offre lo spunto per alcune riflessioni in tema di assicurazioni per l'edilizia.

Gli autorevoli relatori, intervenuti in rappresentanza del mondo assicurativo e delle imprese edili, hanno contribuito a fare il punto sullo

stato dell'arte in materia.

Condivisa all'unanimità la stretta correlazione funzionale tra assicurazione e edilizia per via della elevata rischiosità di quest'ultima attività, si sono manifestate posizioni in parte differenti tra chi le polizze le vende e chi le compra circa l'adeguatezza dei prodotti offerti dal mercato.

L'esigenza manifestata da Silvestro Ferrara, Director insurance department di Salini Impregilo, di semplificare i prodotti assicurativi dedicati al comparto introducendo soluzioni tecniche innovative che tengano conto sia della varietà degli attori coinvolti (general contractor, appaltatore, subappaltatori, progettisti, etc.) sia del carattere sempre più tecnologico dell'attività e dei relativi rischi è stata accolta con interesse dal mondo delle polizze ma senza particolare "trasporto".

Il dibattito, infatti, si è concentrato piuttosto sulle difficoltà assuntive derivanti dalla crescente complessità delle opere oggetto dei lavori edili che impongono un'analisi economica dell'intera commessa (Ulrich Werwigk di Swiss Re Europe) oltre che l'indispensabile valutazione delle caratteristiche tecniche dei lavori (Paolo Dalmagioni, Sace B.T.). Tali difficoltà possono essere superate con successo, secondo Orazio Rossi di Chubb, grazie ad una relazione più stretta tra assicuratore e cliente, che possa garantire un monitoraggio costante dell'adeguatezza delle garanzie prestate.

Non sono mancati interventi dai toni più critici nei confronti della prassi operativa adottata dagli assicuratori. Constatati la mancanza di prodotti specificamente dedicati alla RC professionale tipica del general contractor (Domenico D'Alfio, Allianz) e un certo affanno degli assicuratori nel rincorrere l'affermarsi di nuovi rischi conseguentemente al rapido cambiamento delle aziende anche in senso tecnologico (Francesco Semprini, HDI), si è riconosciuta, da più parti, la necessità di sostituire il tradizionale approccio all'assicurazione nell'edilizia per linee di prodotto con un approccio unitario o di segmento, che contempli tutta la filiera, dalla progettazione, alla direzione fino alla realizzazione (Gianluigi Ardolino di Zurich, Ruggero Rivolta di AXA).

A mio parere, l'interessante dibattito non ha rilevato una tra le maggiori criticità nelle relazioni tra assicurato ed assicuratore che ostacolano sia un approccio più moderno all'assicurazione dei rischi edili sia una collaborazione più piena tra le parti: i fondamenti normativi del contratto di assicurazione. Fintantochè, per legge, in sede di formalizzazione della polizza chi fa la proposta assicurativa rimane l'assicurando (art. 1887 c.c.) va da sé che l'assicuratore si senta deresponsabilizzato ed esonerato da una verifica di merito sulla congruità della copertura. In fin dei conti, se l'assicurando "sbaglia" la descrizione del rischio le conseguenze negative in termini di inefficacia totale o parziale della copertura ricadono esclusivamente su di lui (artt. 1892, 1893 c.c.). Analogamente, se l'assicurato omette di comunicare tempestivamente eventuali nuove circostanze che influiscono in modo rilevante sull'andamento dei lavori (si pensi, ad esempio, alle frequenti varianti in corso d'opera) all'assicuratore, quest'ultimo è legittimato a respingere il sinistro (art. 1898 c.c.). Insomma, un impianto normativo che pone a carico dell'assicurato numerosi obblighi e lascia l'assicuratore "alla finestra".

Così si spiega, a mio avviso, la prassi adottata dalla totalità delle compagnie di obbligare l'assicurando alla compilazione di complicati questionari tecnici preliminarmente alla stipula della polizza, attraverso i quali si demanda, di fatto, al cliente l'analisi del rischio. L'analisi, invece, andrebbe riservata ad un tecnico incaricato dalla compagnia che, in questo modo, dovrebbe impegnare la medesima all'accettazione del rischio nello stato in cui si trova, senza equivoci interpretativi che emergano solo al momento del sinistro. Ovviamente, alle condizioni normative attuali gli assicuratori non hanno interesse ad approfondire la conoscenza del rischio in modo più articolato (con i relativi costi) se non

nei casi eccezionali in cui l'entità dei premi pagati dal cliente giustifica economicamente l'invio sul cantiere di un tecnico di Direzione (ma di Salini Impregilo in Italia non ce ne sono molte). E, comunque, anche in questo caso, la supervisione del tecnico di Direzione non produce alcun effetto ai fini giuridici.

Per le stesse ragioni credo si riduca lo stimolo a sperimentare prodotti assicurativi più innovativi che richiederebbero, almeno nella fase iniziale, un impegno supplementare nel misurare continuamente l'equilibrio del rapporto sinistri/premi e l'impatto sulla riassicurazione.

Sempre per le stesse ragioni temo che l'approccio dell'assicuratore al cliente impresa edile di fondi sempre più su logiche di tipo commerciale in base alle quali "vince" chi applica il premio più basso; quindi, minor valore aggiunto in termini di assistenza tecnica per ridurre i costi e maggiore competitività sul prezzo. Tutto alla rovescia, a mio modesto parere.

In questo contesto, è inevitabile un disallineamento tra le esigenze tecniche dell'assicurato e quelle dell'assicuratore, perché se è vero che entrambi sono accomunati dall'interesse di trasferire l'eventuale perdita economica conseguente all'evento dannoso, è altrettanto vero che l'assicuratore si riserva di confermare o meno l'efficacia della copertura in base alla coerenza tra garanzie di polizza e rischio assicurato rilevata al momento dell'evento stesso. E se l'assicuratore eccepisce correttamente l'inefficacia della copertura a seguito di un sinistro di ingente entità (di solito non lo fa per danni da quattro soldi) sono dolori, soprattutto per una miriade di piccole e medie aziende sottocapitalizzate e magari pesantemente esposte verso il sistema bancario.

Una maggiore responsabilizzazione dell'assicuratore, invece, normata contrattualmente fin dalla fase assuntiva e con onere a suo carico di monitorare continuamente l'adesione delle garanzie di polizza allo stato del rischio, favorirebbe l'incontestabilità della copertura e la salvaguardia dell'ingente valore che il comparto dell'edilizia esprime. Forse le polizze costerebbero di più, ma si litigherebbe di meno in sede di liquidazione dell'indennizzo.

Per innovare prodotti assicurativi e metodo assuntivo del rischio in edilizia (ma anche in altri comparti) bisogna porre in essere una profonda riforma delle norme del Codice Civile dedicate all'assicurazione (Artt. 1882 - 1932) che, con pochissime eccezioni (limitate per lo più alla RCAuto, ai lavori pubblici e alla disciplina dell'attività industriale delle compagnie) di quasi nessun impatto sulla struttura della polizza, sono ancora quelle del 1942. Ma dal 1942 ad oggi l'economia italiana e le esigenze di finanziare una perdita economica mediante l'acquisto di una garanzia assicurativa sono piuttosto cambiate!

bfi@sirmitalia.com

TECNICA

Valore a nuovo senza ricostruzione a seguito di terremoto

Le polizze Incendio dei fabbricati prevedono due criteri alternativi e opzionabili per la determinazione dell'indennizzo spettante all'assicurato in caso di sinistro: valore del bene allo stato d'uso e valore a nuovo.

In base al primo criterio, l'indennizzo viene calcolato tenuto conto del grado di vetustà dell'immobile assicurato ed entro il limite medesimo. Nel secondo caso, invece, viene indennizzato l'intero costo di ricostruzione senza tenere conto dello stato d'uso in cui si trovava il fabbricato al momento del sinistro.

L'efficacia di quest'ultimo criterio, decisamente più favorevole all'assicurato soprattutto in presenza di immobili datati, presuppone, tuttavia, che vengano documentate la ricostruzione e le relative spese

come, del resto, previsto dalla Legge (art. 1908 c.c.) che vieta ipotesi di arricchimento indebito attraverso un contratto di assicurazione. In sostanza: se ricostruisci, il danno effettivo è costituito dal costo di ricostruzione, mentre, se non ricostruisci, il danno indennizzabile si riduce al valore (materiale e non commerciale) del bene nello stato in cui si trovava al momento del sinistro.

Di seguito una delle formulazioni più comuni della clausola "Valore a nuovo": " ... *Il pagamento del supplemento di indennizzo [da sommare al valore allo stato d'uso, ndr] sarà effettuato entro 30 giorni dal momento in cui è terminata la ricostruzione, secondo il preesistente tipo e genere sulla stessa area nella quale si trovano le cose colpite o su altra area del territorio nazionale, sempreché da ciò non ne derivi aggravio per la Società e purché avvenga (salvo comprovata forza maggiore) entro 12 mesi dalla data dell'atto di liquidazione amichevole o del verbale definitivo di perizia*".

A questo punto, si presenta un dilemma: "e se l'assicurato, magari a seguito di un grave sinistro con distruzione completa del fabbricato (es. un terremoto), decidesse di non ricostruire ma di acquistare un altro immobile"? Venendo meno la condizione della ricostruzione perderebbe il diritto al pagamento del valore a nuovo anche se il prezzo di acquisto del fabbricato fosse pari al costo di ricostruzione a nuovo di quello distrutto.

Qualche compagnia di assicurazione il problema l'ha affrontato, formulando una garanzia orientata a soddisfare, almeno per il danno da terremoto, l'esigenza sopra indicata. A titolo esemplificativo, si riporta il testo di una clausola dedicata all'assicurazione del rischio di terremoto che ammette il pagamento del valore a nuovo anche in caso di mancata ricostruzione: "A parziale deroga rispetto a quanto indicato in polizza si precisa che, nel caso in cui avvenisse un terremoto indennizzabile ed il Contraente fosse impossibilitato a ricostruire il bene assicurato nell'ubicazione del rischio oggetto dell'assicurazione, la Società liquiderà un indennizzo pari al costo di ricostruzione del fabbricato danneggiato anche in assenza della ricostruzione stessa.

Tale condizione è operante solo nel caso in cui siano valide tutte le seguenti condizioni:

- a) *l'impossibilità sopra indicata sia dovuta a provvedimenti imposti dalle Autorità, a causa del terremoto, ad accedere all'area in cui sono ubicati i beni assicurati, impedendo quindi al Contraente ed all'Assicurato di poter ricostruire l'immobile danneggiato*
- b) *tale impossibilità sia superiore ad un periodo di almeno 180 (centottanta) giorni dalla data del sinistro*
- c) *sia possibile stimare il costo di ricostruzione dell'immobile danneggiato dal terremoto e questo costo sia concordato fra le Parti*
- d) *l'indennizzo riconosciuto dalla Società sia utilizzato interamente per acquistare o costruire un altro immobile nella Repubblica Italiana."*

La norma in esame manifesta un'apertura del mercato assicurativo verso soluzioni tecniche più moderne nell'assicurazione del costo di ricostruzione e va valutata positivamente oltre che incoraggiata mediante specifica richiesta da parte dell'assicurato al proprio interlocutore assicurativo nella fase di aggiornamento delle polizze sottoscritte o di impostazione di nuovi contratti.

MERCATO ASSICURATIVO

- ✓ L'Università Luigi Bocconi ha siglato un accordo con le assicurazioni Generali per l'istituzione di un nuovo corso universitario (il "Gruppo Generali Chair in Insurance e risk management") nell'ambito del Dipartimento di Finanza del prestigioso istituto accademico. Nell'ambiente universitario ha suscitato una certa sorpresa l'istituzione di una nuova cattedra fondata su una partnership dal carattere commerciale.

- ✓ Il fondo di assistenza sanitaria integrativa Sanimoda, dedicato ai dipendenti del settore moda, va ad affiancare il fondo pensionistico complementare Previmoda. Entrambi sono rivolti ad una platea potenziale di 400.000 lavoratori.
- ✓ L'ANIA (Associazione nazionale tra le imprese di assicurazione) ha siglato una convenzione con le Forze dell'Ordine finalizzata a contrastare le frodi assicurative attraverso iniziative che sensibilizzino l'opinione pubblica sull'argomento.
- ✓ L'IVASS (Istituto di vigilanza sulle assicurazioni) ha inviato alle compagnie che operano in Italia le Linee guida per la semplificazione dei contratti assicurativi elaborate da un Tavolo tecnico coordinato dall'ANIA e partecipato da rappresentanti delle Compagnie, delle Associazioni di consumatori e delle Associazioni di intermediari. La composizione del Tavolo accresce le aspettative circa l'esito dei lavori. Le Linee guida dovrebbero essere recepite dai nuovi prodotti commercializzati dal 1° gennaio 2019.

Formazione

Sono aperte le adesioni ai seguenti workshop (docente Dott. Filippo Bonazzi) organizzati a cura delle Associazioni indicate:

A) Confindustria Emilia – Area Centro (Bologna, Ferrara, Modena)

- Guida alla lettura della polizza Informatica (Cyber risks), il 14.05 presso la sede di Ferrara, il 15.05 presso la sede di Bologna e il 16.05 presso la sede di Modena.

B) Confindustria Vicenza

- Guida alla lettura della polizza Trasporti, il giorno 10.05, presso la sede di Bassano.

Ambedue i programmi sono suscettibili di variazioni.

Info: info@sirmitalia.com

Recensioni

Lidia Velliscig, Assicurazione e autoassicurazione nella gestione dei rischi sanitari, Giuffrè, Milano, 2018, euro 35,00.

Il testo, dai contenuti perlopiù riservati ad operatori del diritto sanitario e dell'industria assicurativa, è caratterizzato da un'impostazione particolarmente innovativa.

Innanzitutto, l'analisi si concentra sui principali profili di risk management pertinenti all'attività sanitaria. Successivamente, l'autrice entra nel merito delle esperienze americana e francese in tema di autoassicurazione nella sanità e, più in generale, nella gestione del danno alla persona.

Infine, l'indagine si sposta sulla normativa italiana dedicata alla gestione del rischio sanitario con particolare riguardo alle disposizioni di supporto ad una politica di ritenzione del rischio e delle perdite economiche.

Quali danni provocati dall'acqua possono essere assicurati?

Nell'ambito dell'elevato numero di danni provocati dall'acqua, il mercato assicurativo, di norma, offre le seguenti garanzie:

- Acqua condotta – danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di rottura di impianti idrici, igienici e termici esistenti nel

fabbricato;

- Bagnamento – danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di brecce o lesioni provocate al tetto o alle pareti dalla violenza di pioggia o grandine;
- Acqua piovana - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di penetrazione di acqua (piovana o disgelo) dal tetto in assenza di brecce o lesioni provocate dalla violenza di agenti atmosferici (es. per occlusione e traboccamento di gronde e pluviali);
- Occlusione condutture - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) provocati dall'acqua a seguito di occlusione delle condutture di impianti idrici, igienici, termici posti all'interno del fabbricato;
- Rigurgito - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito della fuoriuscita di acqua da condutture e impianti (anche fognari) per riflusso con verso contrario rispetto al flusso naturale;
- Colaggio - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di colaggio di acqua da impianti automatici di estinzione;
- Gelo - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di spargimento d'acqua conseguente a rottura di condutture del fabbricato causate dal gelo;
- Allagamento - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di eccesso o accumulo d'acqua, al di fuori di bacini appositamente destinati alla raccolta, dovuto ad eventi accidentali o in conseguenza di eventi naturali;
- Alluvione, Inondazione - danni alle cose (fabbricati e loro contenuto) a seguito di esondazione, tracimazione o fuoriuscita di fiumi, canali, laghi, bacini e corsi d'acqua dai loro usuali argini o invasi, con o senza rottura di argini, dighe, barriere e simili.

Il mercato assicurativo italiano è normalmente poco disponibile ad assicurare, invece, i danni da acqua conseguenti a mareggiata, marea, maremoto, penetrazione di acqua marina, umidità, stillicidio e infiltrazione.

L'IRRIVERENTE

Colossi assicurativi: a chi giovano?

Da almeno una ventina d'anni assistiamo ad un processo di aggregazione tra compagnie di assicurazione. Due piccole o medie compagnie di fondono e ne creano una grande. Oppure, una società già grande ne acquista un'altra e diventa ancora più grande. In alcuni casi, le trasformazioni delle ragioni sociali delle compagnie sono state talmente reiterate e ravvicinate nel tempo che le loro agenzie non hanno fatto neppure in tempo a sostituire insegne e loghi, che si riferiscono ancora a realtà aziendali che non esistono più non dall'ultima, ma dalla penultima operazione societaria.

A chi convengono queste fusioni?

Probabilmente agli azionisti. Le significative economie di scala e di scopo, in molti casi, generano un incremento di valore immediatamente percepibile per effetto della riduzione dei costi e del conseguente incremento di redditività nel breve periodo. La progressiva informatizzazione dei processi, poi, fa il resto: processi più snelli (benchè concretamente funzionanti solo dopo periodi di assestamento più o meno lunghi e più o meno problematici) ottimizzano i tempi e le risorse disponibili, con ulteriore contenimento di costi operativi. In entrambi i casi, i mercati finanziari reagiscono positivamente e l'azionista ne trae un evidente vantaggio.

Risultati positivi, inoltre, gratificano i manager incaricati della riorganizzazione aziendale attraverso generosi incrementi di stipendio e altrettanto incentivanti premi annuali. Per contro, in occasione di una fusione tra due aziende è inevitabile un ridimensionamento del personale; di due direttori generali se ne sceglie uno, analogamente per i

due direttori del personale, etc.. Gli esuberi si manifestano, in modo più o meno evidente, in tutte le funzioni direzionali con ripercussioni non tanto sull'occupazione che, in ambito assicurativo ha retto meglio rispetto ad altri comparti della nostra economia, quanto sulle aspettative individuali di carriera, spesso compromesse dal "rimescolamento di carte" conseguente all'operazione societaria. Già con riferimento alle condizioni del personale, dunque, si ha la sensazione che gli effetti dell'aggregazione non siano così positivi o, almeno, non per tutti.

Anche gli intermediari non sempre hanno molto da guadagnare dalla crescita dimensionale della compagnia di assicurazione. C'è poco da fare: se aumenta il volume di affari aumentano anche la parcellizzazione del portafoglio e il numero degli intermediari di riferimento, mandatari o broker, sui quali l'impresa può contare, e ciascuno di questi perde parte del suo "potere contrattuale" con le ovvie ripercussioni su trattamento provvigionale e capacità negoziale. Inoltre, spesso si allunga la filiera di filtri nelle comunicazioni tra rete commerciale e vertici dell'azienda con le conseguenti spersonalizzazione del rapporto e formalizzazione delle relazioni. Per contro, un marchio più forte e visibile, espressione di grandi imprese di assicurazione in grado di effettuare importanti investimenti in comunicazione, potrebbe agevolare l'attività del procacciatore di affari nell'avvicinare una clientela già sensibilizzata dai media.

Non è facile individuare, invece, il vantaggio delle aggregazioni per l'assicurato.

Si è accennato alla riduzione dei costi. Per il cliente questo si è tradotto nella scomparsa delle figure professionali con competenze tecniche (ispettori tecnici) che, in passato, assistevano sistematicamente gli intermediari nelle trattative complesse. Con il risultato che, nei sempre più frequenti casi di intermediari tristemente sprovvisti di competenze tecniche adeguate, la polizza risulta sbagliata, con le inevitabili ripercussioni negative sulla liquidazione del danno in caso di sinistro.

Circa la questione della informatizzazione dei processi. Tra i riflessi di questa scelta organizzativa c'è una progressiva standardizzazione dei prodotti assicurativi. Cioè testi di polizza predefiniti che dovrebbero adattarsi alle esigenze di tutela espresse da tutti gli assicurati, privati o aziende, a prescindere dalle caratteristiche specifiche di ciascuno, e con scarsissimi margini di personalizzazione limitati, perlopiù, alla opzionabilità di alcune garanzie (sempre predefinite nel loro contenuto); con la conseguenza che questi prodotti non sono specificamente adeguati a nessun assicurato. La situazione, oramai, si è diffusa al punto da coinvolgere anche polizze dal contenuto piuttosto complesso, come quelle che assicurano i rischi industriali o la responsabilità civile dei consigli di amministrazione. Così, per fare qualche esempio, viene venduto lo stesso testo di polizza RC amministratori, che per prassi esclude le perdite patrimoniali conseguenti a danni a cose e persone, sia all'azienda di credito (poco penalizzata da questi danni) sia all'impresa edile (i cui CDA sono sempre esposti alle ricadute economiche di danni a cose e persone). E lo stesso testo di polizza all risks danni diretti viene venduto alla multinazionale e all'azienda poco più che artigianale. Chiedere eventuali deroghe, poi, per personalizzare le coperture in base ad esigenze specifiche, incontra resistenze di ogni tipo, per il solito motivo: uscire dallo standard procedurale significa impiegare personale aggiuntivo in direzione, e il personale costa.

La stessa spersonalizzazione del rapporto tra compagnia e intermediario a cui si accennava sopra si ripresenta nel rapporto tra compagnia e assicurato. Oramai il dimensionamento dei principali Gruppi assicurativi è tale e il numero di clienti da gestire è così elevato che il singolo assicurato, anche quello che paga premi di elevata entità, "non conta più nulla". Ciò significa, sostanzialmente, tre cose:

- dopo il primo sinistro il cui pagamento comporti un minimo squilibrio

nel rapporto sinistri/premi versati, l'assicuratore esercita la facoltà di recesso dal contratto; ciò anche se lo stesso assicurato ha sottoscritto altre polizze con la stessa compagnia prive di sinistri; infatti, le procedure prevedono una sorta di controllo di gestione per singola polizza;

- se il cliente ha motivo di dolersi della scarsa personalizzazione di un prodotto o della modesta qualità del servizio reso dall'intermediario e minaccia di disdettare tutte le polizze in vigore presso la stessa compagnia, l'assicuratore non fa una piega; l'effetto economico della perdita del cliente è assimilabile all'evaporazione di una goccia d'acqua nell'oceano;
- nonostante l'abbondante retorica sull'argomento, il cliente ha perso la sua centralità ed è diventato un numero da "gestire" più che da "servire"; se rientra nello standard strategico/organizzativo impostato dalla compagnia va bene, altrimenti è meglio scaricarlo. Non è politicamente corretto "cacciare" apertamente un cliente "non conforme allo standard" ma ci sono molti modi per scoraggiare la prosecuzione del rapporto; questo lavoro "sporco" in genere viene affidato agli intermediari che, in base alle direttive aziendali, devono "convincere" il cliente della necessità di sostituire una polizza in vigore magari da molti anni (tecnicamente apprezzabile ma poco remunerativa per la compagnia) con un nuovo prodotto solo apparentemente migliorativo ma in realtà meno esaustivo e, pertanto, meno conveniente all'assicurato; o quest'ultimo se la beve e il rapporto continua oppure gli si dice, con mille scuse, che la polizza in vigore verrà disdettata comunque dalla compagnia alla prima scadenza.

Non sono sicuro che il gioco "aggregazioni societarie" valga la candela. Certamente non vale la candela per l'assicurato che si trova costretto a subire un cambiamento del contesto che lo coinvolge sempre più come semplice comparsa e sempre meno come attore.

Questo trend si è oramai consolidato e difficilmente assisteremo ad un cambio di rotta nel breve e nel medio periodo.

Allora, che fare? La soluzione è sempre la stessa raccomandata in varie occasioni nei numeri precedenti di questa newsletter: se l'assicurato è diventato un "numero", trasformiamo l'assicuratore in un "fornitore" tra i tanti. Quindi, mettiamoci nelle condizioni di capire, noi assicurati, quali rischi vogliamo assicurare e a quali condizioni. Dopodichè, trasmettiamo la "lista della spesa" a quattro o cinque compagnie e verifichiamo chi, a parità di condizioni (le nostre condizioni) ci fa spendere di meno. Cioè alla standardizzazione dei prodotti e alla spersonalizzazione del rapporto rispondiamo in modo adeguato, ovvero sia abbandonando le logiche personalistico/fiduciarie e approcciando il mercato assicurativo in modo da ottimizzare la concorrenza tra assicuratori.

**RIDE BENE CHI
RIDE ULTIMO**

Un Tizio subisce un infortunio e si reca presso l'Agenzia di assicurazioni del responsabile: *"Il vostro cliente mi ha rovinato una gamba, dovete risarcirmi con un milione di euro!"* E l'assicuratore: *"Un milione di euro? Ma che cosa crede, che noi abbiamo i soldi da buttare?"*. E il danneggiato: *"E voi cosa credete, che io sia un millepiedi?"*

(da frasi.net)

NEWSLETTER "RISKNETNEWS" – CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

- L'abbonamento ha durata annuale (n. 10 pubblicazioni) e decorre dal mese in cui viene effettuato il versamento della relativa quota.
- La quota annuale di abbonamento è pari ad euro 122,00 (Iva inclusa).
- L'abbonamento dà diritto alla ricezione di 10 numeri della newsletter, esclusivamente mediante trasmissione per posta elettronica.
- Il pagamento deve essere effettuato, esclusivamente a mezzo bonifico bancario, a:
Società Italiana Risk Management s.r.l., Corso V. Veneto 13/A, 44121 Ferrara
Banca d'appoggio: Cassa di risparmio di Ferrara
IBAN IT60T053871300000000002228
Seguirà regolare fattura.

COMPILARE E TRASMETTERE A : info@sirmitalia.com

Ragione sociale: _____

Via: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov.: _____

Part. IVA/C.F.: _____

Cognome e nome destinatario: _____

Funzione aziendale: _____

Indirizzo invio newsletter: _____

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs.196/2003, c.d. Codice della Privacy, Società italiana risk management s.r.l., quale titolare del trattamento dei dati, La informa che i dati personali comunicati con il presente modulo saranno oggetto di trattamento cartaceo o informatico e verranno utilizzati ai fini dell'espletamento, da parte di Società italiana risk management s.r.l., delle formalità relative alla Sua iscrizione. Potranno, altresì, essere utilizzati per fini statistici e per l'eventuale invio di materiale attinente all'oggetto della pubblicazione. Un eventuale Suo rifiuto alla comunicazione di tali dati comporterà l'impossibilità di procedere alla Sua iscrizione. I Suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Le competono i diritti di cui all'art.7 e ss. del D. Lgs.196/2003.

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA
