

COMMENTI & ANALISI

Se la polizza non è adeguata si rischia la morte

Il primo luglio 2007 è entrato in vigore l'articolo 52 del regolamento 16 ottobre 2006 dell'Isvap concernente la disciplina dell'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa. Il codice aveva richiesto verifiche sull'adeguatezza dell'offerta anche nell'esecuzione dei contratti di assicurazione rami danni, tenendo in considerazione le particolari caratteristiche delle varie tipologie di rischio.

Nel regolamento è stabilito che «le imprese impartiscono istruzioni agli intermediari affinché, in fase precontrattuale, acquisiscano dal contraente ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto offerto, in relazione alle esigenze assicurative e previdenziali di quest'ultimo, nonché ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto e alla propensione al rischio del contraente medesimo. Gli intermediari, prima di far sottoscrivere una proposta, acquisiscono dal contraente ogni informazione che ritengono utile in funzione delle caratteristiche e della complessità del contratto offerto, conservandone traccia documentale».

In aprile è stata redatta una pubblicazione voluta dall'Ania, «Polizze danni - Alcune linee guida per la valutazione dell'adeguatezza dei contratti offerti», che offre agli intermediari indicazioni da poter seguire per proporre una polizza assicurativa danni adeguata al bisogno di protezione. Il documento Ania è approfondito e utile. Nella tabella a lato sono riportati, a titolo di esempio, i dieci aspetti principali che Ania ritiene di dover considerare. Il decalogo rimarca la necessità di indagare i bisogni (protezione del proprio patrimonio, della persona in caso di infortunio e malattia, necessità di assistenza, tutela legale eccetera) verificando l'esistenza di eventuali altre coperture assicurative sottoscritte e valutando l'effettiva esistenza di soggetti da tutelare.

Cambiamento in tre fasi

Ci si concentra poi sulla prestazione offerta dal contratto e su alcune caratteristiche della prestazione, da comprendere con cura per «prevenire eventuali insoddisfazioni in caso di prestazione non corrispondente alle iniziali aspettative». Si richiede pertanto di indagare «quale tipologia di rimborso l'assicurato desidera percepire (indennizzo forfetario, risarcimento con limiti, rimborso spese, diaria eccetera) e chiedere quale sia l'obiettivo che egli si propone con il risarcimento».

Le linee guida di Ania forniscono indicazioni concrete sui comportamenti attesi; **non basta infatti continuare a sostenere che l'intermediario debba «comportarsi con diligenza, correttezza e trasparenza» verso il cliente.** Sarà interessante comprendere se il tema dell'adeguatezza verrà interpretato come opportunità o come appesantimento, e dunque che cosa davvero cambierà nel rapporto di tipo commerciale con la clientela. Se il mercato coglierà questa svolta nel modo giusto, si assisterà a un pesante cambiamento, che si articolerà in tre fasi:

- 1) la definizione di un obiettivo;
 - 2) l'analisi delle necessità;
 - 3) la verifica delle coerenze tra modalità di copertura desiderate dal cliente e modalità previste dal contratto.
- Cominciamo dalla numero 1), vale a dire l'obiettivo della copertura. Esso è definito partendo da una serie di domande relative alle caratteristiche per-

sonali del contraente (età, genere, attività lavorativa), all'esistenza di un nucleo familiare (coniuge, numero di figli e loro età, o persone a carico) e al possesso di proprietà. **Senza queste informazioni, si rischierebbe di offrire una polizza caso morte a un cliente che non ha soggetti da tutelare.** Occorre anche esaminare la probabilità di subire un rischio e si conclude definendo i rischi ai quali il risparmiatore è soggetto e che dunque dovrebbero essere considerati.

2) L'analisi dei bisogni. Essa misura la differenza tra ciò che serve per garantirsi stabilità economica e ciò di cui già si dispone; stabilisce il periodo di necessità della copertura e l'importo

arrendevolezza sulla possibilità di misurare il bisogno dei clienti. Una analisi parziale può fra l'altro essere supportata utilizzando dati statistici medi. 3) La verifica della coerenza. Qui si valuta se la copertura caso morte di un mutuo sia più efficace con una rendita a copertura delle rate residue o con un capitale a copertura del debito residuo. Ancora più significativa la scelta delle franchigie (le percentuali di danno sostenute dall'assicurato) che influiscono, riducendolo, sul premio. Altrettanto necessaria è la scelta della forma assicurativa nelle polizze incendio e furto, dacché le diverse forme assicurative offrono, a parità di danno, risarcimenti che possono discostarsi di

IL DECALOGO ANIA DEL CONTRATTO CHIARO

Un contratto di assicurazione per definirsi chiaro ed efficace deve avere le seguenti caratteristiche

1. **Focalizzazione sull'obiettivo prefissato dal contraente. Il rischio coperto deve essere ben definito**
2. **Coerenza del contratto con gli obiettivi del contraente**
3. **Considerazione della copertura complessiva, che tenga conto di eventuali contratti analoghi**
4. **Esplícitazione dei beneficiari in caso di morte**
5. **Compatibilità con l'età del contraente, in modo che la garanzia non cessi prima della scadenza**
6. **In caso di assicurazioni obbligatorie, effettiva ottemperanza alla norma e alle esigenze del contraente**
7. **Coerenza della prestazione prevista, incluse limitazioni, esclusioni, decorrenza, durata, franchigie, scoperti e massimali, con le esigenze e le aspettative del contraente**
8. **Coerenza della durata con le richieste del contraente**
9. **Allineamenti e scoperti in linea con gli obiettivi di protezione del contraente**
10. **Adeguatezza della copertura alle necessità di sicurezza e protezione del contraente con riguardo anche alle sue disponibilità economiche**

Fonte: Ania

necessario. L'analisi dei bisogni individua un gap specifico per ogni rischio, perché, ad esempio, le risorse economiche necessarie a una famiglia in caso di premorienza del capofamiglia sono molto diverse da quelle necessarie nel caso in cui il capofamiglia rimanga invalido. Per analizzare adeguatamente un bisogno non è sufficiente basarsi sul reddito attuale, dato che bisogna considerare le spese specifiche connesse al rischio. Così, per il caso di invalidità, si devono stimare le spese per l'assistenza sanitaria. Bisogna inoltre misurare le polizze assicurative già sottoscritte in precedenza, valutando se la durata e la prestazione sono sufficienti per colmare i bisogni di stabilità finanziaria, e le pensioni pubbliche. L'analisi dei bisogni si scontra talora con la difficoltà psicologica a prendere in esame i propri rischi. **Questo, tuttavia, non può in alcun caso essere motivo di**

molto tra loro e quindi corrispondere al tipo di copertura che l'assicurato ritiene adeguata. L'adeguatezza, come si vede, è una parte del processo di vendita indispensabile. Si rischia tuttavia che questa novità sia sottostimata e che si percepisca solo la quantità di adempimenti cartacei o burocratici che andrebbero ad aggiungersi alla già onerosa gestione dei processi in carico agli intermediari assicurativi. La soluzione? Un processo di vendita che parta da un'attenta analisi del bisogno. **Diversamente, se l'adeguatezza diverrà un processo di verifica ex post della coerenza tra il prodotto scelto e quello adeguato si assisterà a molte dichiarazioni di «possibile non adeguatezza».** Il che non aiuterà il mercato a crescere velocemente, ma creerà sconfitti e insoddisfatti di protezione consapevole. (riproduzione riservata)

Rachele Sessa e Sergio Sorgi
Progetta