

ARGOMENTI DELLA LEZIONE

- La produzione assicurativa del ramo danni
- Assicurazione contro la Responsabilità Civile Autoveicoli
- La Responsabilità Civile Professionale
- Assicurazione della Persona (Infortuni, LTC).
- Le assicurazioni sulle cose



INTRODUZIONE

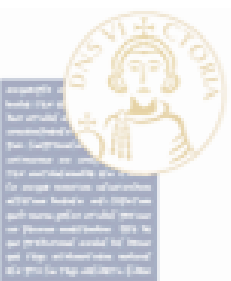
L'assicurazione contro i danni rappresenta un atto di protezione mediante il quale una parte (l'assicurato) trasferisce un'alea economica ad un soggetto professionale (l'assicuratore).

Trattandosi quindi di un atto di protezione, cioè un mezzo di conservazione del patrimonio, opera nel contesto del principio indennitario (l'indennizzo non può superare il danno sofferto), non essendo permesso un arricchimento ovvero una speculazione.



LA CLASSIFICAZIONE CONTABILE-BILANCISTICA DEI PRODOTTI DANNI

Classificazione	Tipologie	Oggetto della copertura
Ramo 1	• Infortuni	• assicurazioni degli infortuni compresi gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e gli infortuni delle persone trasportate. Prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste
Ramo 2	• Malattia	• assicurazioni delle spese (accertamenti diagnostici, intervento) sostenute a seguito dell'insorgere di uno stato morboso. Prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste
Ramo 3	• Corpi veicoli terrestri	• assicurazione di ogni danno subito da: veicoli terrestri automotori; veicoli terrestri non automotori
Ramo 4	• Corpi veicoli ferroviari	• assicurazione di ogni danno subito da veicoli ferroviari
Ramo 5	• Corpi veicoli aerei	• assicurazione di ogni danno subito da veicoli aerei
Ramo 6	• Corpi veicoli marittimi lacustri e fluviali	• assicurazione di ogni danno subito da: veicoli fluviali; veicoli lacustri; veicoli marittimi



LA CLASSIFICAZIONE CONTABILE-BILANCISTICA DEI PRODOTTI DANNI

Classificazione	Tipologie	Oggetto della copertura
Ramo 7	• Merci trasportate	• assicurazione di ogni danno subito dalle merci trasportate o dai bagagli, indipendentemente dalla natura del mezzo di trasporto
Ramo 8	• Incendio e elementi naturali	• assicurazione di ogni danno subito dai beni (diversi dai beni compresi nei rami 3, 4, 5, 6 e 7) causato da: incendio; esplosione; tempesta; altri elementi naturali; energia nucleare; cedimento del terreno
Ramo 9	• Altri danni ai beni	• assicurazione di ogni danno subito dai beni (diversi dai beni compresi nei rami 3, 4, 5, 6 e 7) causato dalla grandine o dal gelo, nonché da qualsiasi altro evento, quale il furto, diverso da quelli compresi al n. 8
Ramo 10	• RC auto veicoli terrestri	• assicurazione dei danni derivanti dalla responsabilità risultante dall'uso di autoveicoli terrestri (compresa la responsabilità del vettore)
Ramo 11	• RC aeromobili	• assicurazione dei danni derivanti dalla responsabilità risultante dall'uso di aeromobili (compresa la responsabilità del vettore)
Ramo 12	• RC veicoli marittimi lacustri e fluviali	• assicurazione dei danni derivanti dalla responsabilità risultante dall'uso di veicoli marittimi, lacustri e fluviali (compresa la responsabilità del vettore)



LA CLASSIFICAZIONE CONTABILE-BILANCISTICA DEI PRODOTTI DANNI

Classificazione	Tipologie	Oggetto della copertura
Ramo 13	• RC generale	• assicurazione dei danni derivanti da ogni responsabilità diversa da quelle menzionate ai numeri 10, 11 e 12
Ramo 14	• Credito	• assicurazione delle perdite patrimoniali derivanti da insolvenze; credito all'esportazione; vendita a rate; credito ipotecario; credito agricolo
Ramo 15	• Cauzioni	• cauzione diretta; cauzione indiretta
Ramo 16	• Perdite pecuniarie	• assicurazione dei rischi relativi all'occupazione; insufficienza di entrate (generale); intemperie; perdite di utili; persistenza di spese generali; spese commerciali impreviste; perdita di fitti o di redditi; perdite commerciali indirette diverse da quelle menzionate precedentemente, perdite pecuniarie non commerciali; altre perdite pecuniarie
Ramo 17	• Tutela legale	• Tutela legale (ad esempio in abbinamento a coperture RC Auto, per assistenza legale in eventuali contenziosi)
Ramo 18	• Assistenza	• assistenza alle persone in situazione di difficoltà



ELEMENTI COMUNI ALLE ASSICURAZIONI CONTRO I DANNI

I rami elementari presentano alcune caratteristiche comuni, tra le quali di maggior rilievo:

- *il rischio*, ovvero la possibilità, dipendente da una determinata situazione concreta, che si verifichi un evento dannoso (assicurabile);
- *il premio*, ossia il corrispettivo del servizio prestato, determinato dall'assicuratore in base ad elaborazioni statistiche e calcoli attuariali;
- *la durata*, la polizza ha effetto dalle ore 24 del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso;



ELEMENTI COMUNI ALLE ASSICURAZIONI CONTRO I DANNI

- la *franchigia*: il contratto può contenere limitazioni quantitative che escludono dal risarcimento i danni che:
 1. non raggiungano un certo ammontare, allo scopo di evitare che si metta in moto il costoso e complicato sistema di liquidazione quando si tratti di danni modesti ed anche per sfuggire a facili frodi;
 2. superino un certo ammontare, non solo o non tanto allo scopo di limitare il rischio dell'assicuratore, quanto quello di rendere più vivo l'interesse dell'assicurato ad evitare il sinistro e a diminuirne le conseguenze quando esso si sia verificato;



FRANCHIGIA

Franchigia assoluta:

somma, stabilita in fase di contratto, che rimane a carico dell'assicurato. Non si ha diritto al **risarcimento** qualora il danno sia pari o inferiore all'importo corrispondente alla franchigia. In caso di danno superiore alla franchigia assoluta, il risarcimento sarà pari alla **differenza** tra l'ammontare del danno e la franchigia.

Esempio:

- 1. Franchigia assoluta 500, danno 400 = nessun risarcimento.*
- 2. Franchigia 500, danno 1000 = 500 di risarcimento (differenza tra danno e franchigia).*

Franchigia relativa :

somma, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'assicurato. Non si ha diritto al **risarcimento** qualora il danno sia pari o inferiore all'importo corrispondente alla franchigia. In caso di danno superiore alla franchigia relativa, il **risarcimento è integrale**.

Esempio:

- 1. Franchigia relativa 500, danno 400 = nessun risarcimento.*
- 2. Franchigia 500, danno 1000 = 1000 di risarcimento (l'intero danno).*



ELEMENTI COMUNI ALLE ASSICURAZIONI CONTRO I DANNI

- lo *scoperto*: è anch'esso una limitazione quantitativa, rappresentando un importo in valore percentuale del danno che rimane a carico dell'assicurato;
- il *massimale*: rappresenta il massimo esborso dell'assicuratore in caso di sinistro indennizzabile;
- la *somma assicurata*, cioè l'importo che segna il limite di assicurazione dell'interesse (che deve sempre esistere pena la nullità del contratto) posto in copertura. ...



ELEMENTI COMUNI ALLE ASSICURAZIONI CONTRO I DANNI

- ... La relazione tra somma assicurata e valore dell'interesse determina tre possibili situazioni:
 - ✓ **assicurazione piena**, quando per l'appunto somma assicurata e valore dell'interesse coincidono;
 - ✓ **sottoassicurazione**, quando la somma assicurata è inferiore al valore dell'interesse, o più esattamente al valore che la cosa assicurata ha al momento in cui si verifica il sinistro. In tal caso l'assicuratore risponde del danno in proporzione, applicando la cosiddetta regola "proporzionale" (l'indennità sta al danno come la somma assicurata sta al valore dell'interesse). La sottoassicurazione, al pari della franchigia, dà quindi luogo al formarsi di coperture parziali; la differenza sta nel fatto che nella prima l'assicurato rinuncia volontariamente a coprire una parte del rischio, mentre nella seconda è la Compagnia stessa che pone limitazione;
 - ✓ **soprassicurazione**, quando la somma assicurata è superiore al valore dell'interesse, al valore cioè della cosa assicurata. Se la soprassicurazione è dolosa il contratto è nullo; se colposa sempre in funzione del richiamato principio indennitario l'assicuratore risponde sino al limite del valore della cosa mentre l'assicurato ha diritto ad una proporzionale riduzione del premio dal momento in cui viene scoperta;
- la coassicurazione, che si presenta qualora il medesimo rischio viene coperto contemporaneamente da più assicuratori per quota determinata.



IL RISCHIO E L'INTERESSE ASSICURABILE

Lo stretto rapporto tra rischio ed interesse porta a sostituire nell'assicurazione contro i danni alla cosa l'interesse (ragion per cui non dovrebbe dirsi come invece avviene in pratica che l'assicurazione copre il rischio d'incendio della casa, ma che copre il proprietario dal rischio dell'incendio).

Il rischio deve essere costituito da un evento incerto o perchè si ignora *se* si verificherà (l'incendio, la grandine, ecc.) o perchè si ignora *quando si* verificherà, ma deve esistere sempre la possibilità che si verifichi.



IL RISCHIO E L'INTERESSE ASSICURABILE

Esempio:

Rischio incendio su un immobile

Quale è il rischio?

Associamo comunemente il rischio incendio all'immobile

In realtà il rischio sono gli effetti economici sul suo proprietario

Lo stretto rapporto che c'è tra rischio ed interesse porta a scambiare il vero interesse con l'oggetto della copertura



IL RISCHIO E L'INTERESSE ASSICURABILE

Il rischio deve essere un evento incerto perché si ignora se si verificherà e quando si verificherà.

Es. L'incendio può non verificarsi mai. La grandine può verificarsi prima della vendemmia o dopo.

Le parti sono libere di stabilire le condizioni contrattuali, fatti salvi alcuni presupposti giuridici generali, quali ad esempio:

- Non può essere astratto
- Non è possibile l'eliminazione sostanziale del rischio
- Non può essere provocato da dolo delle parti
- Non si possono coprire rischi insiti in una attività delittuosa
- Dato il carattere indennitario, non esiste possibilità di danno se le conseguenze economiche sono estranee al patrimonio dell'assicurato



L'INVERSIONE DEL CICLO ECONOMICO-FINANZIARIO

Il processo produttivo nelle imprese di assicurazione ha inizio al momento della assunzione di un rischio, quando si ha la stipula di una polizza e contemporaneamente il pagamento del premio, che comporta un ricavo di esercizio.

Il costo di produzione si ha solamente in seguito (ed è anche incerto), al momento in cui si accerti un danno coperto dall'assicurazione stipulata.



L'INVERSIONE DEL CICLO ECONOMICO-FINANZIARIO

In modo schematico, il ciclo produttivo nelle imprese di assicurazione può essere così rappresentato:

Acquisizione del premio (certa)

- Trattativa
- Stipula del contratto
- Decorrenza copertura
- Emissione della polizza
- Riscossione del premio

Risarcimento sinistro (incerto)

- Denuncia del sinistro
- Accertamento e valutazione del danno
- Liquidazione del danno
- Pagamento dell'indennizzo/del risarcimento



LA FIDUCIA QUALE ELEMENTO ESSENZIALE DEL RAPPORTO CLIENTE-COMPAGNIA.

L'approccio con il Cliente, sia in sede di presentazione del prodotto/servizio, sia nella fase post vendita, risulta essere un momento di importanza decisiva per le imprese assicurative; proprio da ciò è tratto il convincimento del ruolo estremamente di rilievo ricoperto dalla strutture aziendali deputate, in via principale, al soddisfacimento dei bisogni della clientela (ricerca e sviluppo, marketing, rete distributiva, rete liquidativa).



IL PREMIO

In linea generale, si può affermare che i premi ai quali vengono negoziati i servizi assicurativi dei rami danni sono profondamente influenzati dalle vicende relative alla loro sinistrosità.

La difficoltà di separare le oscillazioni di tipo casuale da quelle di tipo specifico, comporta una scarsa attendibilità dei risultati ottenuti con il ricorso a metodi statistici. Ecco allora spiegata la ragione per cui, già sul nascere, la costruzione dei premi nei rami danni è fondata congiuntamente su criteri di tipo soggettivo e di tipo oggettivo.



IL PREMIO PURO: LA COSTRUZIONE DI GRUPPI OMOGENEI

Con specifico riferimento agli aspetti inerenti la costruzione di gruppi omogenei di rischio (dipendenti cioè per quanto più possibile da regole e leggi comuni) è il caso di porre la massima attenzione sul rispetto di tre specifici aspetti:

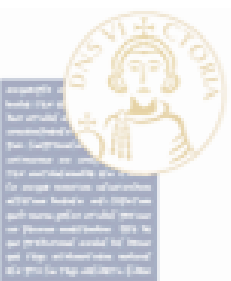
- l'esistenza di un insieme di rischi analoghi;
- un periodo di osservazione di detti rischi sufficientemente ampio (serie di anni);
- un periodo di osservazione in cui non si sono manifestate sensibili variazioni del contesto economico-politico di riferimento.



IL PREMIO DI TARIFFA

La determinazione del premio di tariffa passa poi attraverso l'aggiunta al premio puro dei caricamenti, che tengono conto dei costi relativi all'acquisizione ed all'amministrazione dei contratti:

- provvigioni di acquisto;
- provvigioni di incasso;
- premi di produzione;
- costi amministrativi.



CALCOLO DEL PREMIO PURO ATTRAVERSO L'OSSERVAZIONE STATISTICA

Nel caso si disponga di osservazioni di sinistri relativi ad una collettività di rischi analoghi a quello considerato, esse si possono utilizzare per il calcolo del premio puro

Si consideri r rischi, ciascuno osservato per un periodo di tempo unitario, i quali abbiano registrato complessivamente n sinistri di entità c_1, \dots, c_n . **Il rapporto Q tra danno totale e numero totale di esposizioni, detto *quota danni*, rappresenta il risarcimento per unità di esposizione :**

$$Q = \frac{c_1 + \dots + c_n}{r} = \frac{c_1 + \dots + c_n}{r} \cdot \frac{n}{n} = \left(\frac{n}{r} \right) \bar{c}$$

Costo medio per sinistro osservato

Numero sinistri per unità di esposizione detto "indice di sinistrosità"

Quota danni = Calcolo del premio equo tramite osservazioni statistiche

CALCOLO DEL PREMIO DI TARIFFA

Il premio di tariffa (P_T) deve tener conto delle varie spese che l'impresa di assicurazione deve sostenere, ovvero:

- **le spese di acquisizione dei contratti** (provvigioni per i canali distributivi) e **le spese di incasso dei premi**: vengono commisurate in termini di percentuale α del premio di tariffa P_T . La percentuale α differisce da ramo a ramo e dipende dal volume del portafoglio e dalle condizioni di mercato
- **le spese di gestione amministrativa**: si prevede un recupero attraverso l'imputazione di un costo pari ad una percentuale β sempre del premio di tariffa P_T . La percentuale β differisce da ramo a ramo e dipende dal volume del portafoglio e dalle condizioni di mercato

$$P_T = P + (\alpha + \beta)P_T$$



$$P_T = \frac{P}{1 - (\alpha + \beta)} = P(1 + \gamma) = P + P_\gamma$$

dove

$$P_\gamma = \frac{P}{1 - (\alpha + \beta)} = P(1 + P_\gamma)$$

Rappresenta il "caricamento" per spese da aggiungere al premio puro (P) per ottenere il premio di tariffa (P_T)

PS: Un premio di tariffa in k rate comporterà un premio commerciale periodico necessariamente superiore a P_T / K poiché occorre tener conto delle maggiori spese di gestione amministrativa e del cosiddetto time-value-of-money



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE AUTOVEICOLI

L'assicurazione per la Responsabilità Civile Auto (di seguito R.C. Auto) si caratterizza per la presenza di un obbligo per l'assicurato di possedere la copertura e di un contestuale obbligo, seppur in regime di "*libertà tariffaria*", per le imprese a contrarre, ovvero a sottoscrivere contratti.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE AUTOVEICOLI

Fine principale di questo contratto assicurativo è quello di garantire il risarcimento dei danni causati dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti. Allo scopo la legge ha introdotto i seguenti principi fondamentali:

1. obbligo di stipulare un'assicurazione di responsabilità civile a carico dei soggetti potenzialmente responsabili;
2. azione diretta del terzo danneggiato verso l'assicuratore per il risarcimento del danno;
3. costituzione del Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, destinato a risarcire i danni non indennizzabili mediante l'assicurazione.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE AUTOVEICOLI

Con decorrenza dal 1° Luglio 1994, per effetto dell'entrata in vigore della Terza Direttiva Danni, le imprese possono determinare liberamente le tariffe RCA. In precedenza, in Italia come in altri paesi comunitari, le tariffe erano *amministrate*.

In Italia una commissione appositamente costituita dall'allora Ministero dell'Industria (cosiddetta Commissione Filippi) per ogni anno stabiliva, dopo aver stimato il fabbisogno sufficiente a garantire l'equilibrio tecnico della gestione, di quanto doveva essere modificata la tariffa dell'anno precedente al fine di consentire l'equilibrio.



IL PREMIO

PREMIO PURO	→	compensazione costo sinistri
+		
CARICAMENTO	→	compensazione costi di acquisizione e amministrazione
=		
COSTO DI ASSICURAZIONE		

PREMIO PURO = calcolato anno per anno in base alla frequenze dei sinistri ed al relativo costo medio

$$\text{FREQUENZA SINISTRI} = \frac{\text{NUMERO SINISTRI}}{\text{NUMERO DEI VEICOLI}}$$

$$\text{COSTO MEDIO SINISTRI} = \frac{\text{IMPORTO SINISTRI PAGATI E RISERVATI}}{\text{NUMERO DEI SINISTRI}}$$



IL PREMIO PAGATO È UTILIZZATO PER LE SEGUENTI VOCI IN USCITA:

- Costo atteso dei sinistri = pagato + riservato + spese di liquidazione
- Contributo al fondo di garanzia vittime della strada, fissato con Decreto del Ministro delle Attività Produttive in percentuale dei premi incassati e viene modificato quasi ogni anno in base alle esigenze del Fondo: attualmente l'aliquota è pari al 2,5%
- Spese di gestione
- Oneri fiscali e parafiscali = fino al 25%

La caratteristica inversione del ciclo produttivo deve far porre particolare attenzione nella valutazione delle tariffe perché queste dovranno essere in grado di far fronte a tutti gli oneri futuri





LA FREQUENZA SINISTRI DANNI È FUNZIONE DI:

- Comportamento del guidatore in determinate condizioni di traffico
- Sicurezza dei veicoli
- Condizioni del parco auto
- Condizioni della viabilità

Il costo medio dei sinistri è funzione di:

- Inflazione
- Costo delle riparazioni
- Costo dei ricambi
- Evoluzione normativa
- Fenomeni fraudolenti
- Velocità di liquidazione



PARTENDO DAI DATI STATISTICI DELL'ESERCIZIO PRECEDENTE



$$\begin{array}{ccccc} \text{Frequenza sinistri} & \times & \text{Costo medio sinistri} & = & \text{Premio puro per veicolo per la prossima annualità} \\ \\ - & & \text{Reddito dall'investimento delle Riserve Tecniche*} & - & \text{Flessibilità tariffaria con un "monte sconti" – leva commerciale} \end{array}$$

** Il Regolamento di esecuzione della Legge n.990/1969 prevede esplicitamente (art. 21) che il rendimento finanziario derivante dall'impiego delle riserve tecniche debba essere conteggiato in riduzione del premio puro, come una sorta di anticipazione agli assicurati dei benefici da questi derivanti.*



CLUSTER ANALISYS

Se si ritiene che i rischi da prendere in considerazione si differenzieranno significativamente tra loro si possono prendere in considerazione delle sottoclassi di rischio da ritenersi analoghe.

In tal modo è possibile differenziare il premio in funzione delle specificità di ciascuna classe analizzata.

Tale eterogeneità può essere dovuta a vari fattori (p. es. la potenza fiscale del veicolo o la zona territoriale in cui circola un'autovettura o anche la professione del conducente o altro).

Quando si dispongono di osservazioni statistiche affidabili e sufficientemente ampie, per mezzo di alcune tecniche di analisi è possibile **selezionare i fattori maggiormente significativi al fine di caratterizzare dei rischi e individuare per ciascuno di essi un significativo numero di modalità**

Rischi assicurati



Ripartizione dei rischi assicurati in cluster

Provincia i-esima

		$X_{i,j}$		

Classe
CV j-
esima



ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI TARIFFA AUTO

Auto - Esempio di statistiche bi-variate

Sesso- Et�	Veicoli Anno	N. Incidenti denunciati	Frequenza di sinistro	Costo medio per sinistro
18-23 M	153.577	23.085	15,03%	6.261,75
...
> 77 M	485.137	35.981	7,42%	3.400,15
18-23 F	119.576	12.777	10,69%	4.839,93
...
Totale	19.358.568	1.393.672	7,20%	3.994,74

Nella tabella   riportata la distribuzione per sesso ed et  dei veicoli assicurati, sinistri e relativo costo di un portafoglio assicurativo auto

Si ipotizzi di dover calcolare il premio medio di tariffa per la popolazione assicurata riportata nella tabella 1, applicando le formule appena viste si ottiene:

$$P = (b / a) * c = 287,59$$

$$P_T = \frac{P}{1 - (\alpha + \beta)} = \frac{287,59}{1 - (0,18)} = 350,72$$

Totale veicoli assicurati (a)	19.358.568
Totale sinistri (b)	1.393.672
Costo medio per sinistro (c)	3.994,74
Costi di acquisizione (α)	14%
Costi di gestione (β)	4%



ESEMPIO DI DIVERSIFICAZIONE DEL PREMIO DI TARIFFA AUTO PER CLUSTER

Ipotizziamo che le osservazioni statistiche ci consentono di diversificare i veicoli assicurati secondo **due variabili (cavalli fiscali e provincia di residenza)** e che in base alle osservazioni sia stato possibile individuare i seguenti valori di α_i e β_j .
Ipotizzando che i vari fattori operano nella formazione del tasso specifico in modo moltiplicativo si possono ottenere i diversi tassi applicando la formula 2 riportata nella slide precedente

Potenze fiscali	Coefficienti di premio α_i	Provincia	Coefficienti di premio β_j
Fino a 8 CV	0,50	NA	1,50
Tra 8 fino a 12	1,20	AQ	0,70
...
Oltre 20	2,00	MI	1,00

Calcolo del premio di tariffa auto per una auto con potenza **fiscale superiore a 20 cv e con residenza nella provincia di Milano.**

$$P = 350,72 * 2,00 * 1,00 = 701,44$$

Nella realtà le variabili utilizzate per la tariffazione delle polizze auto possono essere tante: sesso, età, stato civile, anzianità di patente, professione, codice avviamento postale di residenza, numero di guidatori assicurati, Bonus-Malus, uso del veicolo, modello, potenza, ecc.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE AUTOVEICOLI

Oggetto della garanzia è il rischio della responsabilità civile per la circolazione dei veicoli e dalla navigazione dei motoscafi e delle imbarcazioni a motore; l'assicuratore, in deroga all'art. 1917 c.c., è tenuto a risarcire al terzo danneggiato anche i danni dovuti a fatti dolosi dell'assicurato, salvo rivalsa nei confronti di quest'ultimo.

L'obbligo di stipulare il contratto di assicurazione grava sul proprietario, sull'usufruttuario, sull'acquirente con patto di riservato dominio del veicolo, e più in generale su chiunque mette in circolazione il veicolo o il natante.



LA FORMA TARIFFARIA BONUS-MALUS

La formula tariffaria del bonus-malus rappresenta indubbiamente quella più importante (ben oltre il 90% del mercato), che prevede riduzioni o maggiorazioni di premio, rispettivamente, in assenza od in presenza di sinistri nei periodi di osservazione: ogni veicolo assicurato viene inserito in una classe di merito e ad ogni rinnovo di polizza viene trasferito a una classe maggiore o minore a seconda che abbia provocato o meno sinistri. La classe di merito è uno dei parametri nel calcolo della tariffa tecnica.

La classe di appartenenza prescinde dalla Compagnia: chi decide di cambiarla porta con sé il proprio attestato di rischio, cioè quel documento ove sono annotati, oltre ai dati relativi al Contraente, i meriti o i demeriti assicurativi che il veicolo ha maturato nel periodo di osservazione (l'anno assicurativo precedente, sfalsato di un periodo che varia uno a tre mesi), mediante l'indicazione della classe di merito di provenienza e quella di assegnazione.



LA FORMA TARIFFARIA BONUS-MALUS

Relativamente a questo documento, pare opportuno precisare come prima ancora che venisse introdotta la *dematerializzazione* del contrassegno assicurativo, con il Regolamento IVASS n. 9 del 19 maggio 2015, che riguarda la "disciplina della banca dati attestati di rischio e dell'attestazione sullo stato del rischio", si è di fatto introdotta la c.d. dematerializzazione dell'attestato di rischio.

Oltre al contrasto delle frodi collegate alla contraffazione dell'attestato di rischio, ulteriori finalità che hanno ispirato il passaggio dalla forma cartacea in favore di quella digitale sono quello della semplificazione degli adempimenti a carico dei consumatori e delle compagnie (grazie al ricorso all'innovazione tecnologica) e quello dello snellimento del procedimento assuntivo del ramo RC Auto.



LA FORMA TARIFFARIA BONUS-MALUS

Dal punto di vista della procedura, l'attestato di rischio è sempre consegnato almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza; tuttavia, a partire dal 1 luglio 2015, è cambiata la modalità di consegna, poichè - come anticipato - al vecchio formato cartaceo è stato sostituito quello digitale. Gli assicurati possono avere accesso al documento sia all'interno dell'area dedicata sul sito web della propria compagnia, sia attraverso altre modalità telematiche (quali, ad esempio, posta elettronica, app per smartphone o tablet, ecc.).

Sempre dal 1 luglio del 2015, si è posto a carico delle compagnie di assicurazione l'onere del rispetto di due ulteriori obblighi: l'obbligo di alimentare la Banca Dati Attestati almeno trenta giorni prima della scadenza di ciascun contratto e quello di consultarla e di acquisire l'attestato in via telematica (attraverso l'accesso alla medesima Banca Dati Attestati) prima di procedere all'emissione della polizza.



LA PROCEDURA RISARCIMENTO DIRETTO

Introdotta dal Codice delle Assicurazioni ed operativa dal febbraio 2007, essa prevede, nel caso di sinistro tra due veicoli a motore immatricolati in Italia, senza coinvolgimento di altri veicoli responsabili, l'obbligo preliminare del danneggiato - che si ritenga non responsabile o parzialmente responsabile - di rivolgersi alla propria impresa di assicurazione per i danni occorsi al veicolo e alle cose trasportate di proprietà dell'assicurato o del conducente, nonchè per le lesioni al conducente medesimo non responsabile, entro il limite di nove punti di invalidità (cd. lesioni lievi).

In presenza di tali condizioni, all'obbligo dell'assicurato/danneggiato di avvalersi della citata procedura in luogo di quella ordinaria, corrisponde l'obbligo dell'impresa diretta di assumere la gestione del danno e provvedere alla liquidazione per conto dell'assicuratore del responsabile civile, con cui i rapporti di dare/avere verranno regolati successivamente.



LA PROCEDURA RISARCIMENTO DIRETTO

I termini per la formulazione dell'offerta da parte dell'impresa sono i medesimi della procedura ordinaria.

La liquidazione del danno in regime di indennizzo diretto non è una novità per il nostro Paese, dove è stata introdotta quasi trentanni fa con la procedura CID (Convenzione per l'indennizzo Diretto). Questo era un accordo di natura privata, non avente quindi forza di legge, in base al quale le imprese partecipanti avevano volontariamente assunto nei reciproci rapporti determinati obblighi di comportamento, il cui corretto adempimento o violazione rilevava esclusivamente nell'ambito dell'ordinamento convenzionale che le stesse imprese partecipanti si erano date.



LE GARANZIE FACOLTATIVE

L'assicurazione RC obbligatoria è relativa ai danni causati a terzi; pertanto, il risarcimento dei danni del veicolo che ha causato l'incidente e quelli eventualmente subiti dal suo conducente - nonchè quelli non dipendenti dalla circolazione del veicolo - non sono previsti.

Per fare fronte a tali eventi occorre stipulare altre coperture che, in termini tecnici, rientrano nel ramo CVT (Corpi Veicoli Terrestri) e possono (non trattandosi di coperture obbligatorie per legge) essere richieste sia presso la Compagnia con la quale si contrae l'RC Auto, sia presso altra impresa.



LE GARANZIE FACOLTATIVE

Va ricordato per chiarezza che neanche la Compagnia sottostà ad obblighi di prestazione, ragion per cui può liberamente rifiutarsi di emettere le polizze.

Brevemente, le garanzie facoltative possono ricondursi a:

- la polizza furto e incendio: riguarda il rischio di incendio o esplosione, di furto o rapina dell'auto. Le tariffe per questo tipo di copertura possono presentarsi molto diverse tra di loro, in relazione ai fattori di personalizzazione ed al grado di rischio che ciascuna Compagnia valuta in base al proprio portafoglio rischi. Normalmente queste polizze prevedono lo scoperto e la franchigia, soprattutto in relazione alla sezione furto. In caso di furto, il valore di riferimento su cui è calcolato l'indennizzo è quello di mercato, anche se la polizza è stata stipulata su un valore più alto. Per evitare l'inconveniente risulta necessario adeguare annualmente il valore del veicolo assicurato;



LE GARANZIE FACOLTATIVE

- la garanzia infortuni del conducente del veicolo: è una copertura che serve a indennizzare il guidatore per i danni subiti in caso di incidente. Tale garanzia, in genere, prevede il risarcimento in caso di morte, invalidità permanente, ricovero ospedaliero e spese mediche. In caso di invalidità permanente il risarcimento viene calcolato come percentuale del capitale assicurato;
- la polizza Kasko: scarsamente utilizzata in Italia, mentre è assai diffusa nei paesi nordeuropei, risarcisce i danni subiti dal veicolo a seguito di collisione con altri veicoli, urto, ribaltamento e uscita di strada, verificatisi, indipendentemente dalla responsabilità dell'assicurato, durante la circolazione;



LE GARANZIE FACOLTATIVE

- la garanzia tutela giudiziaria: prevede il risarcimento, nell'ambito di un certo massimale, delle eventuali spese legali sostenute dall'assicurato in seguito al sinistro. Questa copertura include sia le spese legali sostenute per instaurare una causa, sia quelle cui è necessario far fronte per difendersi;
- la garanzia assistenza e soccorso stradale: opera nel momento in cui il veicolo assicurato è inutilizzabile (per un incidente o un guasto, in Italia o all'estero). Un mezzo di soccorso sarà messo a disposizione dell'assicurato per il trasporto del veicolo fino alla prima officina. Alcune Compagnie includono nella garanzia anche il servizio di vettura sostitutiva, per il periodo necessario a ripristinare il proprio veicolo, ed il pernottamento in albergo.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE

La responsabilità civile (di seguito RC) si fonda su due principi cardine, ovvero l'esistenza di un danno ingiusto e di una relazione causale tra il comportamento ed il danno (altrimenti manca la responsabilità).

A seconda del tipo di responsabilità sono previste sanzioni di natura diversa; in particolare, le sanzioni di tipo civilistico sono volte a compensare una perdita che un privato ha subito. Quindi, in capo al danneggiante sorge un'obbligazione volta a compensare il danneggiato. L'art. 1173 del codice civile recita testualmente: *"le obbligazioni derivano da contratto, da fatto illecito, o da ogni altro o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento giuridico"*.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE

I comportamenti dannosi possono derivare da una violazione contrattuale, extracontrattuale o da una violazione agli obblighi previsti dalla legge (si pensi alla mancata prestazione degli alimenti al coniuge o alla mancata stipulazione di una polizza professionale obbligatoria).

Ma, nelle società moderne, le possibilità di arrecare danni a terzi, anche senza volerlo, sono assai numerose; nei moderni sistemi giuridici, gli Stati devono fissare le regole entro le quali il danno va riparato. Quindi il problema della responsabilità civile, oltre ad avere un'interessenza di ordine pubblico-giuridico, ha anche un riflesso di ordine economico, che di frequente può essere risolto per mezzo di una copertura assicurativa.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE

La responsabilità economica che investe colui che è obbligato alla riparazione di un danno può compromettere in maniera radicale il patrimonio del debitore-responsabile, a maggior ragione, in un ambiente economico in continua e rapida trasformazione, che ha reso più sfumato e, quindi, più difficilmente circoscrivibile il nesso causa-effetto di un comportamento umano.

Difatti, la domanda di questo tipo di assicurazioni è cresciuta vertiginosamente per rispondere alle esigenze delle innumerevoli attività umane che possono arrecare danno.



ASSICURAZIONE CONTRO LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Ed è in questo settore che lo Stato tutela anche l'aspetto sociale dell'attività economica umana: se, da una parte, è fondamentale che il cittadino previdente pensi a proteggere il proprio patrimonio, dall'altra esiste anche la necessità di fornire una certa protezione anche a coloro che si trovino danneggiati da fenomeni di grande rilevanza sociale, che possono dar luogo frequentemente a danni.

Lo Stato sposta l'attenzione sui soggetti che subiscono un'attività di terzi, obbligando quest'ultimi ad assicurarsi in virtù della peculiare attività che svolgono (si pensi alla R.C auto e natanti, cacciatori, nucleari, aeronautica).



IL CONTRATTO

Art. 1917 cc: *“Nell’assicurazione della responsabilità civile l’assicuratore è obbligato a tenere indenne l’assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell’assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi...”*

Il contratto di assicurazione è un contratto **aleatorio** perché al momento della sua conclusione le parti stipulanti non sanno se il rischio assicurato si manifesterà o meno.

Il contratto perde efficacia ex nunc se il rischio **cessa** di esistere salvo il diritto dell’assicuratore di trattenere i premi fino al momento in cui sia a lui noto il cessare del rischio stesso.

È un contratto consensuale che si perfeziona quando il proponente ha la conoscenza dell’accettazione.



L'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nell'oggetto dell'assicurazione viene definita la “portata” del rischio assunta dall'assicuratore

La descrizione dettagliata dell'oggetto dell'assicurazione delimita il rischio e non lascia dubbi per responsabilità diverse da quelle contrattuali

Esistono rischi che vengono esclusi e non derogabili (ad esempio se sono rischi compresi in altri rami assicurativi) e rischi derogabili di minor interesse, anche aggiunti successivamente.

Sono inderogabili:

- circolazione, navigazione, volo
- impiego di macchine e impianti da persone non addette
- cose detenute o in lavorazione trasportate
- inquinamento



IL DANNO

Nell'assicurazione di RC l'onere di risarcire il danno si trasferisce dall'assicurato all'assicuratore. Il presupposto perchè sorga il diritto dell'assicurato è il verificarsi del sinistro, cioè quell'evento costituito da fatto illecito dell'assicurato o delle persone delle quali egli deve rispondere, che provoca il verificarsi di un danno ad un terzo.

Il danno è il pregiudizio di un interesse patrimoniale che consegue un inadempimento (RC contrattuale) o un fatto illecito (RC extracontrattuale).



IL DANNO

Nell'ambito di tale accezione patrimoniale del danno sono importanti due elementi:

1. il danno emergente, cioè il danno inteso come riduzione del patrimonio in seguito a fatto illecito;
2. il lucro cessante, cioè il danno quale minor reddito, in altri termini il mancato accrescimento del patrimonio, che si sarebbe verificato se il fatto illecito non vi fosse stato.

Danno non patrimoniale = *Danno morale*

Sofferenze, menomazioni, turbamento subiti da una persona per una mutilazione o per la perdita di un congiunto (quest'ultimo è risarcito se il danno è causato da un reato giudicato tale).



IL DANNO ALLE COSE

Per il danno alle cose, il risarcimento può avvenire mediante reintegrazione in forma specifica oppure, a discrezione del giudice, per equivalente (se la prima risulta essere troppo onerosa per il debitore).

In pratica trova quasi sempre applicazione la seconda modalità di reintegrazione, cioè mediante pagamento di adeguata (a riparare o sostituire la cosa danneggiata) somma di denaro.

Nel calcolare il risarcimento vanno considerati:

- il valore della cosa distrutta o danneggiata al momento del sinistro;
- la spesa per la riparazione (salvo che non sia superiore al valore della cosa stessa);
- il deprezzamento subito dalla cosa;
- l'onere derivante dal non uso per il tempo necessario alla sostituzione o riparazione.



IL DANNO ALLE COSE

Non sono normalmente risarcibili i danni indiretti (perdita affari, minore attività).

Nella liquidazione di questi danni, i problemi di maggior complessità nascono non tanto per questioni giuridiche, quanto per quelle tecniche, con il conseguente intervento di competenti e qualificati professionisti, in qualità di esperti delle parti.



IL DANNO ALLE PERSONE

I danni alle persone possono essere di tre tipi:

- a) inabilità temporanea, quando l'attività della persona lesa viene sospesa per un periodo più o meno lungo;
- b) invalidità permanente, se la persona subisce una menomazione definitiva;
- c) morte.



IL DANNO ALLE PERSONE

Si presti attenzione al fatto che, per il risarcimento del danno subito, non si tratta di stimare il valore della persona, bensì la sua capacità di lavoro e di guadagno. Ecco il motivo per cui è necessario conoscere le normali capacità (prima del danno) dell'individuo.

Nei casi di inabilità temporanea occorre stabilire il guadagno medio giornaliero del danneggiato e moltiplicarlo per il numero di giorni di inabilità. Nei casi di cui al punto sub b), occorre accertare la percentuale di invalidità da questi riportata.

Sia le inabilità temporanee, che le invalidità permanenti, sono accertate e valutate da medici specialistici. Per le invalidità permanenti sono utilizzate opportunamente adattate le tabelle di invalidità elaborate dall'INAIL che permettono di determinare il danno in base al reddito della persona alla quale deve essere corrisposta una rendita vitalizia (che sarà calcolata con la tecnica della capitalizzazione).



IL DANNO ALLE PERSONE

Nell'operazione bisogna anche tener conto dell'età del danneggiato e delle tabelle di mortalità, avendo però riguardo al fatto che nel caso quello che interessa è la vita lavorativa residua del soggetto (periodo per il quale verrà corrisposta la rendita calcolata).

Nel caso di morte, infine, occorre calcolare il capitale da versare agli aventi diritto, adottando le medesime tecniche dei casi di invalidità e detraendo la quota di reddito che il defunto avrebbe consumato.



IL DANNO RC PRODOTTI

I danni risarcibili nelle assicurazioni RC prodotti sono la morte, le lesioni personali, i danneggiamenti a cose destinate ad uso o consumo privato e, nel caso, i danni morali.

Il danno non può riguardare la distruzione od il danneggiamento del prodotto difettoso; inoltre, i danni alle cose sono risarcibili solamente nella misura eccedente la franchigia e/o lo scoperto previsti.



IL DANNO RC PRODOTTI

La copertura opera solo per i sinistri avvenuti nel periodo di validità dell'assicurazione (indipendentemente dalla data di fabbricazione o di consegna del prodotto) se denunciati al massimo entro due anni dalla scadenza della polizza.

Sono esclusi:

- i costi di rimpiazzo del prodotto o di sue parti ed i costi di riparazione;
- i danni derivanti da interruzioni o sospensioni (totali o parziali) delle attività;
- i costi sostenuti in sede extragiudiziale per ricerche ed indagini volte ad accertare le cause del sinistro (salvo preventive autorizzazioni della Compagnia);
- i danni derivanti dalla mancata rispondenza dei prodotti all'uso ed alle necessità cui sono destinati (sono però compresi i danni materiali derivanti da effetti pregiudizievoli dei prodotti stessi);
- i danni che i prodotti, quali componenti fisicamente invendibili di altri prodotti, provochino ad altro componente od al prodotto finito;
- i danni imputabili all'assicurato nella sua qualità di venditore al dettaglio o di installatore;
- i danni da responsabilità assunte dall'assicurato e non direttamente derivanti dalla legge.



IL DANNO RC PRODOTTI

Ai fini della liquidazione risulta importante la delimitazione territoriale della copertura. L'esclusione di alcuni paesi (es.: Usa e Canada) è legata ad aspetti giuridici, ai criteri adottati per la liquidazione dei danni, all'elevata incidenza delle spese legali od altri specifici fenomeni propri dei paesi per i quali opera appunto l'esclusione.

La **prescrizione** ovvero i limiti temporali:

- Danno derivante da fatto illecito = 5 anni
- Danno derivante da circolazione dei veicoli di qualsiasi specie = 2 anni
- Danno da reato = prescrizione legata a quella del reato



LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

La polizza RC professionale è ricompresa nell'ambito della ampia categoria delle polizze di responsabilità civile di cui al ramo danni 13 e rappresenta un contratto attraverso il quale una impresa di assicurazione si obbliga a tenere indenne un soggetto (l'assicurato) da ogni somma che questi sia tenuto a corrispondere a terzi (generalmente i clienti) a titolo di risarcimento, in quanto riconosciuto civilmente responsabile, in seguito ad un comportamento colposo (sia esso lieve o grave) di tipo commissivo (come nel caso di inesatto adempimento delle prestazioni professionali) od omissivo (ovvero, di mancato adempimento delle prestazioni professionali) che sia stato compiuto nell'ambito dell'esercizio della propria attività professionale. Ma, si badi bene, come precedentemente affermato relativamente alla responsabilità civile generale, anche in tale fattispecie saranno in qualsiasi caso esclusi dalla copertura assicurativa tutti quegli atti che siano stati posti in essere volontariamente (ovvero, i comportamenti dolosi) da parte dell'assicurato.



LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Sebbene risulti di fatto molto ampio l'elenco dei professionisti oramai obbligati - Decreto 137/2012 - alla stipula di una specifica polizza di responsabilità civile professionale (essendo ricompresi in tale elenco tutti i soggetti che risultino iscritti ad Albi professionali), ricorrendo a quelle che sono le prassi indicate dal mercato assicurativo è possibile individuare una tassonomia minimale che distingue le libere professioni in tre grandi categorie.

- le professioni liberali, una categoria all'interno della quale sono ricompresi, a titolo esemplificativo, i consulenti del lavoro, i commercialisti, gli amministratori di stabili condominiali, gli avvocati, ecc.;
- le professioni tecniche, tra le quali è possibile annoverare gli architetti, i geometri, gli agronomi, i geologi, ecc.;
- le professioni sanitarie, una categoria in cui è possibile ricomprendere un'ampia platea di professionisti che, dallo svolgimento della propria attività, possano arrecare pregiudizio all'integrità fisica delle persone che sono ricorse alla loro cure (ad esempio, i medici, gli infermieri, i fisioterapisti, i biologi, gli psicologi, ecc.).



LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Appare opportuno sottolineare come la legge non specifica quali caratteristiche debba presentare la polizza che il professionista deve sottoscrivere; pertanto, la valutazione della suddetta idoneità della copertura assicurativa è di fatto rimessa, in prima battuta, alla scelta che viene effettuata da parte del professionista in funzione dei rischi che, in generale, sono tipici dell'attività professionale che egli svolge e di quelli a cui, nello specifico, ritiene di essere maggiormente esposto.



LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

In termini di scelta della tipologia contrattuale concretamente attivabile, l'assicurato potrà optare:

- alla sottoscrizione di una polizza per singoli rischi nominati, una soluzione questa per così dire *tailor made*, ovvero personalizzata ed adatta alle sue specifiche necessità, all'interno della quale vengono indicate le sole attività per le quali viene concretamente prestata la copertura assicurativa;
- alla stipula di una polizza all risks, una soluzione questa all'interno della quale viene concretamente prestata la copertura assicurativa per tutte le attività che non siano espressamente escluse all'interno del contratto;
- la clausola loss occurence che prevede l'efficacia di tutti i fatti avvenuti durante il periodo di validità della polizza a prescindere dalla data in cui è stata avanzata richiesta di risarcimento e della data in cui è stato denunciato il sinistro;
- la clausola claims made che prevede l'efficacia per tutte le richieste di risarcimento avanzate durante il periodo di vigenza contrattuale, integrando eventualmente con una clausola di ultra-attività o postuma che consente la copertura di denunce anche dopo la data di scadenza della polizza purchè relative ad eventi accaduti nel periodo di vigenza contrattuale (questionario pre-assuntivo).



LE ASSICURAZIONI SULLA SALUTE

Gi individui corrono il rischio, a causa di possibili alterazioni del proprio stato di salute, di **incorrere in spese mediche o addirittura di veder ridotta la propria capacità lavorativa con la conseguenza di comprimere la capacità di produrre reddito**

I prodotti offerti vanno a coprire prestazioni non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale, rese più onerose dai ticket (copertura parziale), non assicurate da disfunzioni del settore pubblico.

Lo sviluppo del settore è quindi condizionato dalle prestazioni garantite dal welfare pubblico

Categorie prodotti assicurativi sulla salute

Infortuni

Malattia



ASSICURAZIONE DELLA PERSONA

La tutela della persona contro i rischi che hanno implicazioni economiche negative sulla capacità di produrre reddito può essere salvaguardata da un complesso di prodotti (polizze infortuni, malattia, Long Term Care) che offrono un efficace impianto per proteggere il reddito.

Si può definire infortunio *qualsiasi evento accidentale che produca una inabilità temporanea o permanente che pregiudichi la vita sociale, economica e lavorativa della persona*. Le conseguenze di un infortunio possono avere un triplice effetto: il più diretto, impossibilità di produrre reddito in maniera temporanea o definitiva della persona colpita da infortunio; un effetto eventuale, ovvero la possibilità che delle persone dipendano dal reddito della persona infortunata; infine, un effetto sociale, ovvero la collettività si fa carico degli oneri derivanti dalle cure dell'infortunato non autonomo.



ASSICURAZIONE DELLA PERSONA

Quindi, l'infortunio e, in genere, la malattia hanno un risvolto anche sociale, amplificato da due fattori:

- il progresso economico e il progressivo ampliamento della gamma di beni e servizi offerti. In tale contesto sono aumentate le occasioni di produrre eventi dannosi (infortuni, malattia);
- profondi mutamenti strutturali della società: di tipo demografico, con l'aumento della quota degli anziani (unitamente al declino del tasso di fertilità); di tipo sociologico, con la scomparsa della famiglia di tipo allargata e l'affermarsi di modelli mono-nucleari.



LA DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente oppure un'inabilità temporanea. Vi è un nesso causale diretto tra la "causa", "la lesione" e "la conseguenza". Analizziamo questa definizione.

La **CAUSA** è ciò che provoca una lesione e deve essere **fortuita, violenta ed esterna**.

La causa "fortuita" è dipesa da un evento imprevedibile e quindi inevitabile.

Con tale definizione si esclude che l'infortunio dipenda da un evento intenzionale.



LA DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

Oltre che fortuita, la causa deve essere “violenta”, ovvero devono essere presenti due elementi:

- la possibilità di ledere un soggetto;
- la manifestazione temporale.

La terza caratteristica della causa è che deve essere “esterna”, un aspetto questo che la giurisprudenza interpreta in modo più lato: basta cioè che la causa sia esterna al punto della lesione che ha provocato.



LESIONE

Qualunque cambiamento in senso sfavorevole anatomico/ funzionale del corpo di un soggetto e deve essere:

Inerente al corpo = si escludono le conseguenze psicologiche

Oggettivamente verificabile = esiste una attestazione medica e deve esserci un nesso di causalità diretto tra evento fortuito violento ed esterno e la lesione

CONSEGUENZA

Morte = individuabile per definizione

Invalidità permanente = è la perdita definitiva di tutta o parte della capacità lavorativa

Inabilità temporanea = è l'impossibilità di impegnarsi nel proprio lavoro per un periodo di tempo limitato nel tempo. L'inabilità può essere totale o parziale



NELLE ASSICURAZIONI DI COSE È FACILE INDIVIDUARE IL VALORE DEL BENE DA RISARCIRE

VALORE DI MERCATO BEN IDENTIFICABILE

Nel ramo infortuni il bene assicurato è il futuro probabile reddito derivante dalla capacità lavorativa del soggetto

DIFFICILMENTE IDENTIFICABILE

Per tale motivo la determinazione della somma assicurata è lasciata alla libera contrattazione tra le parti



COME VIENE DETERMINATO DA UN ASSICURATORE IL “BENE UOMO”, OVVERO STIMATO IN MANIERA VEROSIMILE LA SOMMA CORRISPONDENTE ALLA CAPACITÀ REDDITUALE?

Una prima approssimazione è una proiezione dei possibili guadagni futuri e capitalizzarli per l’inflazione riferendosi agli anni residui della sua attività lavorativa.

Va poi considerato il potenziale effettivo che deriva da una crescita professionale, l’età e la situazione familiare.

Le compagnie hanno risolto utilizzando generalmente un criterio empirico.

Caso morte → guadagno annuo x 5/7 volte

Invalidità → guadagno annuo x 6/8 volte



NORMATIVA CONTRATTUALE

- Normativa generale
- Normativa specifica per l'assicurazione infortuni
- Condizioni speciali di polizze
- Condizioni aggiuntive che devono essere formalizzate ad hoc

Le condizioni generali di polizza sono regolate dal Codice Civile.

La normativa comprende rischi sia in ambito professionale che extra-professionale; una copertura ad esempio costruita esclusivamente per una particolare attività professionale dovrà far riferimento a condizioni aggiuntive di polizza.



NORMATIVA DI CARATTERE GENERALE

- Diritto di ripensamento entro un certo periodo e con penale
- Inesattezza delle dichiarazioni che portano ad una valutazione errata del rischio, porta alla possibilità di perdere totalmente o parzialmente il diritto al risarcimento
- Comunicazione da parte dell'assicurato del cambiamento dei contenuti in polizza (anche il cambio di attività professionale)
- Comunicazione da parte dell'assicurato di eventuali altre coperture assicurative
- La validità territoriale riguardante il mondo nella sua interezza



LIMITI OGGETTIVI - SONO ESCLUSI DALLE COPERTURE:

- Infortuni motoristici → se l'assicurato è privo di abilitazione, oppure l'uso anche solo come passeggero di aeromobili, compresi deltaplani, "ultraleggeri", parapendio.
- Infortuni sportivi → causati da sport praticati con l'uso di veicoli o natanti a motore; da sport "pericolosi" quali paracadutismo, pugilato, atletica pesante, arti marziali, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersioni oltre i 30 mt, sci alpinismo, sci estremo, canoa, rafting, bungee jumping, etc. o altri sport come rugby, calcio, calcetto, hockey, pallacanestro, pallavolo se l'infortunio avviene durante gare o competizioni sotto l'egida delle rispettive federazioni
- Infortuni derivanti dall'alterazione delle normali condizioni psicologiche → ubriachezza, abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni



LIMITI OGGETTIVI - SONO ESCLUSI DALLE COPERTURE:

- Infortuni derivanti da interventi medici → interventi non resi necessari da infortunio;
- Infortuni in conseguenza di azioni delittuose dell'assicurato o derivanti da imprese temerarie
- Infortuni derivanti da guerre, insurrezioni, terremoti o fenomeni atmosferici aventi le caratteristiche di catastrofi naturali

Limiti soggettivi → che dipendono dalle condizioni non “fortuite” dell'assicurato; sono esclusi dalle coperture, ad esempio la presenza di malattie gravi:

- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, diabete, epilessia;
- Persone affette da infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, forme maniaco depressive o stati paranoidi.

Un'altra tipologia può essere il tipo di lavoro svolto:

- Lavoro pericoloso, e.g. saldatore, stuntman, acrobata, domatore, lavoro in cave o miniera, lavoro subacqueo, lavoro con le armi, etc.



LE GARANZIE PRESTABILI

Le tre fattispecie lesive tutelate sono:

morte: rappresenta la massima gravità dell'evento infortunio; il capitale garantito, per una corretta copertura, deve essere ben relazionato al reddito annuo dell'interessato. Comporta, salvo particolarissime eccezioni, la liquidazione dell'intera somma garantita;



LE GARANZIE PRESTABILI

invalidità permanente: è un altro grave aspetto dell'evento infortunio; oltre che limitare o azzerare la capacità di reddito dell'infortunato, può comportare l'aumento delle spese per la necessità di assistenza, terapie, eccetera. L'invalidità permanente viene stimata partendo da valutazioni convenzionali che sono indicate in polizza: infatti, allo scopo di evitare contestazioni con l'assicurato, la polizza infortuni riporta una tabella indicante le percentuali di invalidità permanente corrispondenti a determinati tipi di lesione consolidati (quasi sempre perdite anatomiche o funzionali), indipendentemente dal lavoro svolto dall'assicurato. Se la lesione non è tra quelle descritte in tabella di polizza, l'invalidità viene valutata caso per caso da specialisti medici, in virtù della diminuzione della capacità a svolgere qualsiasi generico lavoro;



LE GARANZIE PRESTABILI

inabilità temporanea: sempre meno richiesta a causa delle alte franchigie e dei costi estremamente elevati, copre i mancati guadagni giornalieri per limitati periodi di tempo. Nel caso della inabilità temporanea, quindi, al contrario di quanto avviene nella invalidità permanente, si tiene conto dell'effettiva e consueta occupazione dell'assicurato per stabilire la durata della inabilità stessa e si procede a una liquidazione integrale o parziale a seconda se l'infortunato si è trovato nell'impossibilità assoluta o meno di esercitare la propria attività.



LE GARANZIE PRESTABILI

Nonostante i tentativi volti ad evitare contestazioni tra le parti, che possono determinare processi di liquidazione lunghi e farraginosi, laddove si verificano divergenze si fa ricorso al giudizio di un terzo esterno ed imparziale, il c.d. collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo (arbitrato irrituale). Le parti rinunciano a qualsiasi impugnativa delle decisioni del collegio, che sono quindi vincolanti, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di parti contrattuali.



ESEMPIO CALCOLO DEL TASSO DI PREMIO TARIFFA INFORTUNI GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Anno	Età (°)	Rischi/anno	Freq.sinistri (%)	% IP media
2016	Fino a 15	10.209	1,31	4,4
	15_20	13.691	3,26	5,7

	70_75	52.015	2,69	5,3
	Oltre 75	20.988	2,43	6,7
Totale		1.593.264	2,76	4,6

Totale rischi anno (a)	1.593.264
Totale sinistri (b)	43.974
Invalidità permanente media (c)	4,6%
Costi di acquisizione (α)	28,5%
Costi di gestione (β)	4,5%

Si ipotizzi di dover calcolare il tasso di premio medio di tariffa per la popolazione assicurata riportata nella tabella e per 100.000€ di capitale assicurato, applicando le formule appena viste si otterrà:

$$P = (b / a) * c * 100.000 = 126,96$$

$$P_T = \frac{P}{1 - (\alpha + \beta)} = \frac{126,96}{1 - (0,29)} = 178,82$$



ESEMPIO CALCOLO DEL TASSO DI PREMIO TARIFFA INFORTUNI GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA

Anno	Età (°)	Rischi/anno	Freq.sinistri (%)	Giorni IT medi
2016	Fino a 15	283	6.72	19,0
	15_20	417	13.42	42,7

	70_75	12,566	10,03	44,2
	Oltre 75	5,022	8,07	48,5
Totale		383.727	10,43	39,3

Totale rischi anno (a)	383.727
Totale sinistri (b)	40.023
Giorni IT media (c)	39,3
Costi di acquisizione (α)	28,5%
Costi di gestione (β)	4,5%

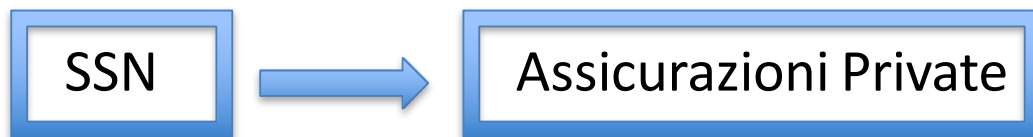
Si ipotizzi di dover calcolare il tasso di premio medio di tariffa per la popolazione assicurata riportata nella tabella e per 100€ di capitale assicurato applicando le formule appena viste si otterrà:

$$P = (b / a) * c * 100 = 409,90$$

$$P_T = \frac{P}{1 - (\alpha + \beta)} = \frac{409,90}{1 - (0,29)} = 577,32$$



LE ASSICURAZIONI MALATTIA



Incremento della spesa pubblica per la sanità per lo stato:

- Invecchiamento della popolazione
- Aumento costo dei farmaci
- Mutato atteggiamento culturale cittadini verso la salute

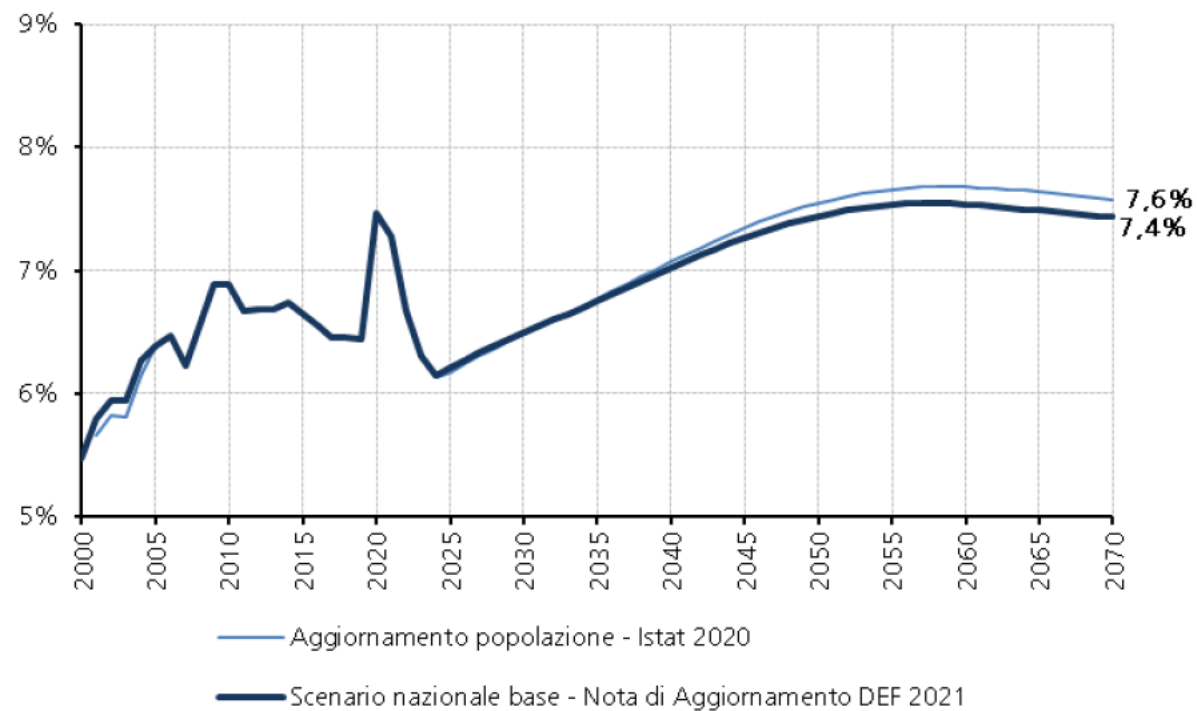
A fronte di vincoli del bilancio pubblico sempre più stringenti



SPESA PUBBLICA PER SANITÀ

Figura 4: spesa pubblica per sanità - Scenario nazionale base

Spesa in rapporto al PIL⁽¹⁾



(1) Le previsioni scontano le ipotesi del reference scenario.

Fonte: Nota di aggiornamento DEF 2021



LE ASSICURAZIONI MALATTIA

Con la definizione di “Assicurazione Malattia” si fa riferimento a tutte le polizze destinate a tutelare e salvaguardare le implicazioni economiche derivanti da una malattia dell’assicurato. Infatti, una malattia è in grado di provocare una situazione finanziaria negativa, sia durante il suo decorso, che successivamente.

Si fa riferimento, pertanto, alle polizze che rimborsano, o anticipano, le spese mediche sostenute, a quelle che prevedono la liquidazione di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero e di convalescenza. La malattia non sempre si conclude con una completa guarigione: nei casi più gravi può rimanere una invalidità permanente. Questa garanzia può essere abbinata, pertanto, alla invalidità permanente da infortunio.



LE ASSICURAZIONI MALATTIA

Anche le polizze Malattia fanno riferimento ad una normativa generale che fa capo agli articoli del codice civile. Difatti, solitamente nelle sezione delle disposizioni generali della nota informativa, si fa espressamente richiamo agli articoli 1892, 1893 e 1894 in merito alle dichiarazioni inesatte e alle reticenze dell'assicurato-Contrahente che possono portare ad una valutazione del rischio erranea: in tali casi, la Compagnia si tutela non riconoscendo l'indennizzo parziale o totale al contraente, nonchè con la cessazione del contratto assicurativo precedentemente stipulato.



LE GARANZIE DI UNA POLIZZA MALATTIA

Le garanzie che operano in questo contratto assicurativo sono principalmente di due tipi: una garanzia di rimborso delle spese di cura ospedaliera sostenute e una garanzia indennitaria volta a risarcire l'assicurato dal mancato guadagno che deriva dall'assenza dal lavoro in conseguenza di una malattia o infortunio.

Le spese di rimborso possono essere totali o integrative, a seconda dell'esborso del soggetto assicuratore: sono totali per i costi sostenuti in istituti e cliniche private non convenzionate con il S.S.N.; integrative quando la Compagnia interviene successivamente al S.S.N., in quanto non erogate da strutture pubbliche.



LE GARANZIE DI UNA POLIZZA MALATTIA

Vengono escluse, in ambedue i casi, le spese non sanitarie, ma legate ad esempio al confort della degenza. Le spese che normalmente vengono rimborsate sono quelle afferenti al ricovero, al trasporto verso il luogo di cura, quelle relative all'intervento chirurgico e alla convalescenza post-operatoria. Per quanto riguarda le visite mediche specialistiche o gli esami diagnostici di laboratorio, è previsto il rimborso da parte della Compagnia, sebbene applicando franchigie e/o scoperti.



LE GARANZIE DI UNA POLIZZA MALATTIA

La garanzia indennitaria è particolarmente importante per talune categorie di soggetti: si pensi, a titolo esemplificativo, a tutti i lavoratori autonomi (liberi professionisti, dentisti, artigiani) soggetti al rischio di una malattia che impedisce di produrre reddito. Tra le garanzie più importanti vi sono:

- indennità giornaliera di ricovero;
- indennità giornaliera di convalescenza post-ricovero;
- indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia;
- invalidità permanente da malattia.



LE GARANZIE DI UNA POLIZZA MALATTIA

L'indennità giornaliera di ricovero è la soluzione più diffusa sul mercato italiano; la diaria viene corrisposta per ciascun giorno di degenza avuto. Può durare al massimo 365 giorni ed è prestata sia singolarmente, sia come garanzia accessoria al rimborso delle spese giornaliere. Potrebbero essere applicate delle franchigie che ne limitino gli importi di spesa per la Compagnia.

L'indennità giornaliera di convalescenza post-ricovero tiene conto di un'inabilità temporanea dovuta alla degenza; è applicata per periodi vincolanti, con un limite massimo di 150 giorni, e per importi forfetari crescenti a seconda della durata del ricovero.



LE GARANZIE DI UNA POLIZZA MALATTIA

L'indennità giornaliera da inabilità temporanea è poco diffusa in relazione al particolare tipo di rischio assicurato e in merito all'indennizzo corrisposto.

Tale garanzia ha lo scopo di coprire qualsiasi malattia che richieda una degenza domiciliare che la Compagnia ha anche difficoltà ad accertare per la temporaneità della situazione. Gli importi corrisposti sono contenuti e sono presenti delle franchigie temporali.



LTC: I TRE PILASTRI

Il finanziamento delle prestazioni LTC è organizzato su tre pilastri:

primo pilastro costituito dalle prestazioni finanziate ed erogate dallo Stato, dalle Regioni e dai Comuni e dal fondo pubblico per la non autosufficienza finanziato dalla fiscalità generale

secondo pilastro costituito da prestazioni aggiuntive erogate nell'ambito dei fondi pensione complementari e nell'ambito dei fondi sanitari integrativi

terzo pilastro costituito dal sistema assicurativo privato su base individuale e volontaria.



LE PRESTAZIONI DI LTC

Complesso di interventi sanitari e assistenziali a favore di soggetti che non sono più in grado di svolgere una vita autonoma:

- impossibilità totale o parziale di percepire reddito
- necessità di sostenere spese mediche e di assistenza a seguito dell'insorgere della non autosufficienza

Le prestazioni possono essere di diversa natura a fronte di diversi obiettivi di copertura:

- rimborso delle spese mediche sostenute o erogazione di una somma forfettaria in unica soluzione o periodica (finalità di supporto finanziario)
- corresponsione di un capitale o di una rendita (per compensare almeno in parte la perdita della capacità di produrre reddito)
- erogazione di servizi socio-sanitari (finalità di soddisfare direttamente i bisogni insorti)



LE PRESTAZIONI DI LTC: L'OFFERTA DEL SISTEMA PUBBLICO

Il sistema pubblico garantisce una pensione di invalidità civile con i seguenti requisiti (2016):

- invalidità totale e permanente del 100%
- età 18-65 (da adeguare con la speranza di vita)
- la pensione annua spettante (€ 3.633,11) è erogata in misura intera se l'invalido non supera determinati limiti di reddito personali (€ 16.532,10)
- al compimento dell'età massima, la pensione viene adeguata all'assegno sociale (€ 5.824,91)

È garantito inoltre un *assegno di accompagnamento* (€ 6.148,08 annui, senza requisiti reddituali) in caso di impossibilità di deambulare o di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua. Tale assegno è cumulabile con la pensione di invalidità civile e spetta indipendentemente dall'età.



IL PROBLEMA DELLA DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Necessario scegliere una definizione di non autosufficienza per delineare in maniera univoca il diritto alla prestazione.

I problemi derivanti dalla mancanza di una definizione uniforme di non autosufficienza a livello nazionale:

- difficoltà nell'organizzare la copertura per non autosufficienza negli usuali 3 pilastri delle assicurazioni sociali, con il rischio di interventi non coordinati fra i diversi pilastri, possibili duplicazioni di prestazioni e ancora più dannose mancanze di coperture
- difficoltà nel reperire dati statistici robusti, coerenti e su orizzonti temporali anche di lungo periodo. Ad esempio, i dati provenienti dalle rilevazioni del I pilastro e quelli provenienti da rilevazioni del II e III pilastro non potrebbero essere aggregati o verrebbero utilizzati solo parzialmente con il rischio di perdere importanti informazioni.

L'assenza di definizioni comuni (presenti invece dei paesi europei più evoluti in questo campo, come la Francia e la Germania), potrebbe condurre ad una gestione non ottimale dell'impegno economico complessivo, proveniente da tutti i pilastri, destinato alla prestazione di non autosufficienza. Si ritiene pertanto che nell'attuale situazione del welfare sociale sia necessario porre particolare attenzione anche a nuove possibili interazioni pubblico/privato



LE DEFINIZIONI ASSICURATIVE

A livello assicurativo non esiste un'unica definizione di non autosufficienza: quando l'assicurato non può svolgere una certa quantità di ADL (o le può compiere solo parzialmente con un sistema a punteggio) scatta il diritto alla prestazione. Il livello di non autosufficienza è quantificato in funzione della totale o parziale incapacità, in base al punteggio assegnato ad ogni ADL.

La valutazione dell'incapacità di eseguire le normali attività della vita quotidiana è una questione complessa per la presenza di una componente soggettiva.

Le assicurazioni per misurare il livello di non autosufficienza si basano sul metodo delle “*Activities of Daily Living*” (ADL) che considera non autosufficiente un individuo che non è in grado di svolgere, in modo presumibilmente permanente e senza alcun ausilio, un certo numero di attività elementari della vita quotidiana.



LE DEFINIZIONI ASSICURATIVE

Le ADL più utilizzate dalle imprese di assicurazione nonché dall'ISTAT sono:

- Lavarsi;
- Vestirsi e spogliarsi;
- Utilizzare i servizi;
- Trasferirsi dal letto alla poltrona e viceversa;
- Controllarsi nella continenza;
- Alimentarsi.

Nella pratica assicurativa la rendita viene erogata a fronte dell'incapacità di svolgere, in modo presumibilmente permanente, un numero r di attività tra le s (α_j assume valore 0 (autosufficiente) o 1 (non autosufficiente)).

Le definizioni più diffuse sul mercato sono basate generalmente su:

- 3/4 ADL su 6
- Punteggio di 40/60 con assegnazione di un punteggio variabile tra 0, 5 e 10 per ogni attività



LA PRESTAZIONE DI LTC: FRA PREVIDENZA E ASSISTENZA PILASTRO

Assistenza:

Contributo pagato da tutti

→ Prestazioni erogate a chi ha bisogno

Previdenza:

Contributo pagato durante il periodo attivo

→ prestazioni percepite durante il periodo non attivo

Prestazioni di LTC:

Contributo pagato durante il periodo attivo

→ Prestazione percepita durante un periodo di non attività

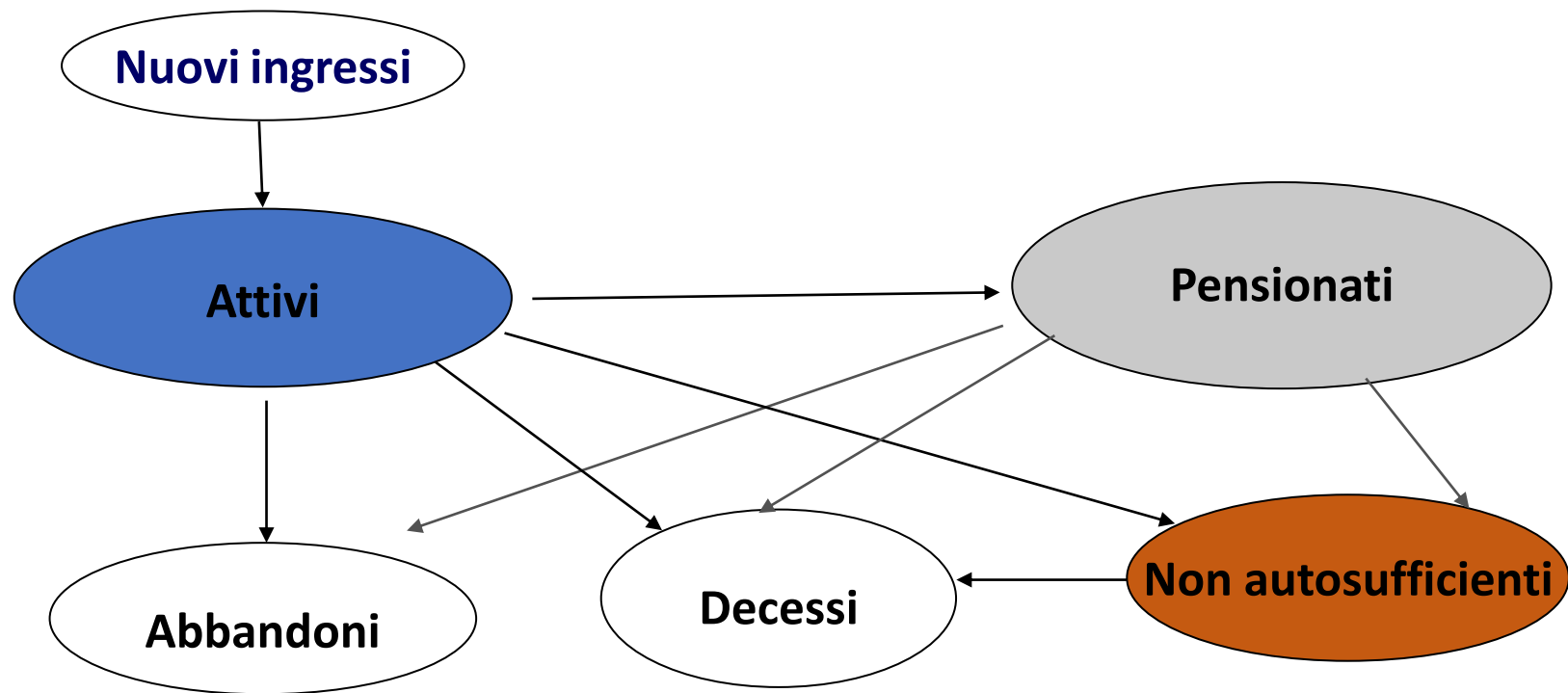
→ Prestazione percepita solo da una parte della popolazione



IL MODELLO ATTUARIALE PER UNA PRESTAZIONE DI LTC

Stati da considerare (collettività suddivisa in gruppi)

Prestazione di LTC pagata a partire dall'età in cui l'assicurato diventa non autosufficiente e finché rimane in tale stadio





LE ASSICURAZIONI PROPERTY

Con il termine assicurazioni “property” si intendono **tutti quei contratti assicurativi che coprono i danni ai beni subiti a causa di determinati eventi quali l’incendio, gli eventi atmosferici, le catastrofi naturali, il furto, la rapina**

In generale tali prodotti sono commercializzati sottoforma di **pacchetti multirischio** che comprendono più coperture di interesse per la clientela

In sintesi si possono distinguere due macro-tipologie di prodotti: **quelli “retail” per la casa e quelli per le imprese**

Principali categorie prodotti assicurativi property

Prodotti “retail” per la casa

Prodotti per le imprese



ASSICURAZIONE SULLE COSE

Come recita l'art. 1905 del codice civile, *“l'assicuratore è tenuto a risarcire, nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto, il danno sofferto dall'assicurato in conseguenza del sinistro. L'assicuratore risponde del profitto sperato solo se espressamente obbligato”*.

Oggetto della copertura nelle assicurazioni sulle cose è la cosa nella sua materialità. Il danno massimo risarcibile è, pertanto, pari al valore della cosa. La perdita o il deterioramento della cosa assicurata possono essere causa di ulteriori danni o spese per l'assicurato: infatti, essi non sono risarcibili dall'assicuratore della cosa e, laddove siano espressamente assicurati con lo stesso contratto, si tratta di una copertura accessoria di un rischio diverso dal rischio di danno alla cosa.



PRODOTTI RETAIL PER LA CASA: PRINCIPALI GARANZIE ACQUISTABILI

Le garanzie offerte nei prodotti dedicati alla casa sono spesso costituite da **pacchetti multirischio** dando la possibilità al cliente di scegliere quali garanzie acquistare. Le coperture offerte sono:

- **danni al fabbricato** causati da incendio, eventi atmosferici, calamità naturali, altro
- **danni al contenuto** (oggetti presenti nell'abitazione) causati da incendio, eventi atmosferici, calamità naturali, altro
- **danni o sottrazione del contenuto** (degli oggetti presenti nell'abitazione) causati da furto o rapina;
- danni **causati a terzi** nella conduzione o come proprietario di un immobile
- altre garanzie quali rottura lastre, assistenza, tutela legale

Se l'appartamento fa parte di un condominio si prevede anche la polizza “**globale fabbricato**” (stipulata dall'amministratore per conto dei condomini) ai fini di evitare sovrapposizioni tra le due coperture assicurative, dal momento che l'assicurato non può essere destinatario di due risarcimenti aventi la medesima causale



LA POLIZZA INCENDI

Si definisce incendio *“la combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi”*.

Le assicurazioni Incendi hanno lo scopo di garantire il risarcimento dei danni materiali derivanti dall’incendio alle cose assicurate. Esso è sostanzialmente disciplinato da una polizza-tipo adottata da quasi tutte le Compagnie in Italia.

Per incendio deve intendersi quel particolare processo fisico (*triangolo del fuoco*) risultante dalla concomitanza di combustione, luce e calore e causante la distruzione di cose non destinate in quel momento a consumarsi col fuoco.

Non devono perciò considerarsi casi di incendio le semplici bruciature di oggetti posti a contatto con apparecchi di riscaldamento, con una sigaretta accesa, ecc., nonchè quei fenomeni fisici causanti effetti simili a quelli derivanti dall’incendio (fermentazione, ecc.).



LA POLIZZA INCENDI

L'assicurazione, in linea di principio, può avere per oggetto cose mobili od immobili di qualsiasi specie e natura suscettibili di essere distrutte o danneggiate dal fuoco.

Tuttavia, vengono generalmente escluse, salvo stipulazione di patti speciali, le cose aventi un particolare valore intrinseco od artistico od anche affettivo (monete, metalli od oggetti preziosi, documenti, quadri, ecc.), nonchè i biglietti di banca ed i titoli di credito in genere.



LA POLIZZA INCENDI

L'assicurazione garantisce, in linea di massima, contro gli incendi prodotti da qualsiasi causa. Sono però esclusi espressamente i seguenti casi di incendio, quasi tutti tecnicamente non assicurabili:

- a) quelli prodotti od occasionati da atti di guerra, da occupazione militare o da invasione;
- b) quelli verificatisi in occasione di insurrezioni o di tumulti popolari, che, secondo la restrittiva interpretazione della giurisprudenza, escludono l'obbligo di risarcimento soltanto quando consistono in manifestazioni collettive tali da impedire od ostacolare il funzionamento dei pubblici servizi preposti al mantenimento dell'ordine;
- c) quelli determinati da eruzioni vulcaniche, uragani, trombe, terremoti;
- d) quelli determinati da dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle persone di cui egli deve rispondere.



PRODOTTI RETAIL PER LA CASA: LA GARANZIA FURTO

Oggetto principale della copertura: si risarcisce il **furto dei beni assicurati solo se il ladro è entrato in casa violando le difese esterne. L'indennizzo scatta se c'è rottura o scasso**, uso di grimaldelli o piedi di porco, **se il malvivente entra in casa dalla finestra arrampicandosi o usando funi o altri arnesi. La polizza copre anche i danni e gli atti vandalici provocati dal ladro per rubare** (ad es. vetri rotti, gli infissi scardinati, etc.).

Solitamente tale risarcimento è soggetto ad un massimale specifico. Nell'oggetto della garanzia furto rientra anche la rapina e scippo (anche al di fuori dell'abitazione)

Altre garanzie facoltative: Le più ricorrenti sono:

- il furto dei pannelli solari ed impianti fotovoltaici in uso presso l'abitazione assicurata
- il reintegro delle somme assicurate a seguito di un sinistro nell'eventualità che la garanzia di base preveda la clausola riduzione delle somme assicurate complessive nell'anno a seguito di sinistro
- la truffa tra le mura domestiche di denaro e preziosi, limitatamente al caso in cui il reato sia compiuto mediante accesso all'abitazione assicurata consentito dal contraente/ assicurato carpendo la sua buona fede
- aumento delle somme assicurate per opere d'arte, pellicce, gioielli, argenteria o valori



PRODOTTI RETAIL PER LA CASA: LA GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE

Oggetto principale della copertura: La garanzia opera per **tenere indenne l'assicurato e i familiari conviventi di quanto costoro siano tenuti a pagare a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese), quali civilmente responsabili** ai sensi di legge, di danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione a:

- **eventi legati alla proprietà del fabbricato assicurato** (ricorso terzi, caduta di alberi di pertinenza, responsabilità civile del contraente nei confronti del locatario)
- **eventi legati alla vita privata** (attività domestiche, sportive, del tempo libero, animali domestici, r.c. addetti ai servizi domestici)

Non sono considerati terzi, ai fini dell'assicurazione di responsabilità civile: il coniuge o il convivente di fatto dell'assicurato; le persone iscritte nello stato di famiglia del contraente; i figli; i genitori, nonché qualsiasi altro parente



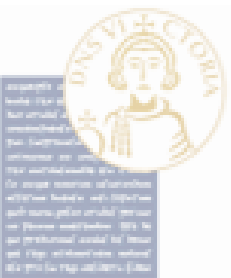
PRODOTTI RETAIL PER LA CASA: ALTRE GARANZIE

Rottura lastre: La copertura prevede il **risarcimento delle spese necessarie per rimpiazzare le lastre** (di vetro, materie plastiche e simili, sia fisse che movibili su cardini, cabine doccia, targhe, decorazioni, specchi, lampadari) **distrutte o danneggiate a seguito di cause accidentali, furto, atti vandalici, eventi sociopolitici, eventi atmosferici**

Assistenza: La copertura tutela **situazioni di difficoltà ed emergenza**. Eventi che possono dare origine alla richiesta di assistenza sono molti, per esempio lo smarrimento delle chiavi di casa che genera la necessità di un urgente intervento di un fabbro.

In sede di garanzia assistenza occorre sottolineare che in tutti i casi di intervento di un tecnico, per esempio di un idraulico, l'operato del tecnico stesso, attuato in situazione di emergenza, è **finalizzato esclusivamente a ripristinare la situazione antecedente e a rendere agibile la casa**

Tutela legale: Sono coperte le **spese di assistenza giudiziale in sede civile e penale, per la tutela degli interessi dell'assicurato** (o di qualsiasi altro componente del nucleo familiare) **in relazione al risarcimento dei danni da lui subiti** nell'ambito della vita privata, nella conduzione o proprietà dell'immobile e nell'attività extraprofessionale



PRODOTTI PROPERTY PER LE IMPRESE

Le garanzie offerte nei prodotti property per le imprese sono simili a quelle descritte per i prodotti per la casa **in cui si interpreta come fabbricato lo stabilimento produttivo, come contenuto anche i macchinari e le merci.** Alcune peculiarità delle coperture dedicate alle “imprese” sono :

Il fabbricato assicurato, può essere uno o più di uno se l'attività assicurata è dislocata in diversi fabbricati mentre il contenuto assicurato può distinguersi in macchinari apparecchiature elettroniche, arredamento e merci

-le polizze multirischio dedicate alle “imprese” includono spesso la garanzia **“danni da interruzione dell'esercizio”** che copre i danni, oltre a quelli materiali diretti subiti dai beni, conseguenti la temporanea inattività forzata dovuta dalla non disponibilità di locali, dalla rottura di particolari macchinari, oppure dalla necessità di ripristinare il magazzino delle materie prime necessarie al processo produttivo

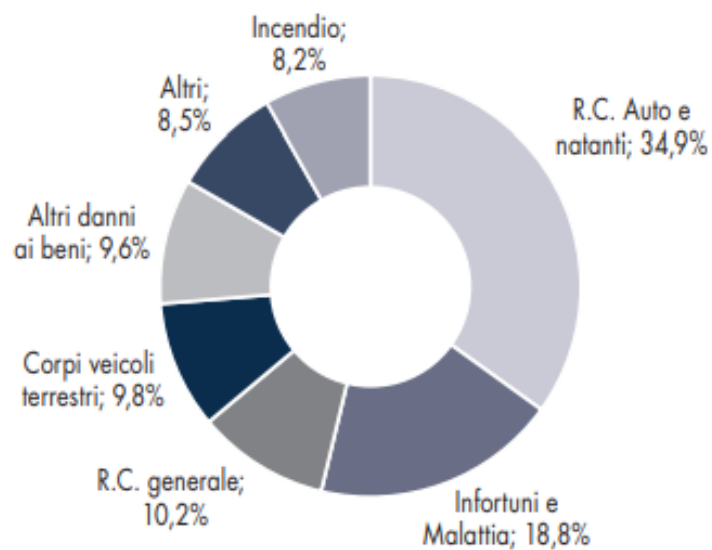
-alcune aziende (per esempio di costruzione) per la particolare attività svolta, necessitano di prodotti assicurativi ad hoc, come le polizze **EAR** e **CAR** che coprono alcuni beni contro tutti i rischi (all risks) senza nominare gli eventi specifici dannosi (nei contratti sono riportate delle esclusioni di copertura). **La polizza EAR (*Erection All Risks*) copre le problematiche relative alla rottura o danneggiamento dei macchinari soggetti al montaggio, conseguenti a fattori esogeni** (eventi naturali, incendi, furti..) **o endogeni** all'impresa (errore umano, incidente, errori di progettazione..). **La polizza CAR (*Contractor's All Risks*) assicura il valore dell'opera in costruzione, a seguito di danni che può subire come conseguenza dei fattori esogeni ed endogeni**



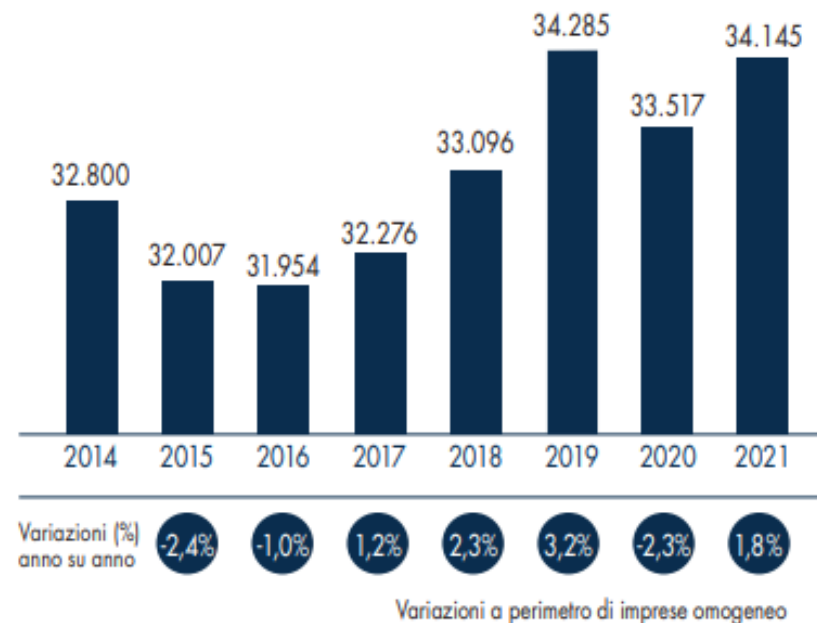
I NUMERI DEL SETTORE ASSICURATIVO: ANALISI RAMI DANNI

Nella raccolta danni ha un peso decisivo il ramo di responsabilità civile auto che influisce significativamente sui bilanci assicurativi.

Distribuzione % dei principali rami danni – 2021



*Premi diretti e variazione % annua
Valori in milioni*



Fonte: Dati Ania – L'assicurazione italiana 2021-2022

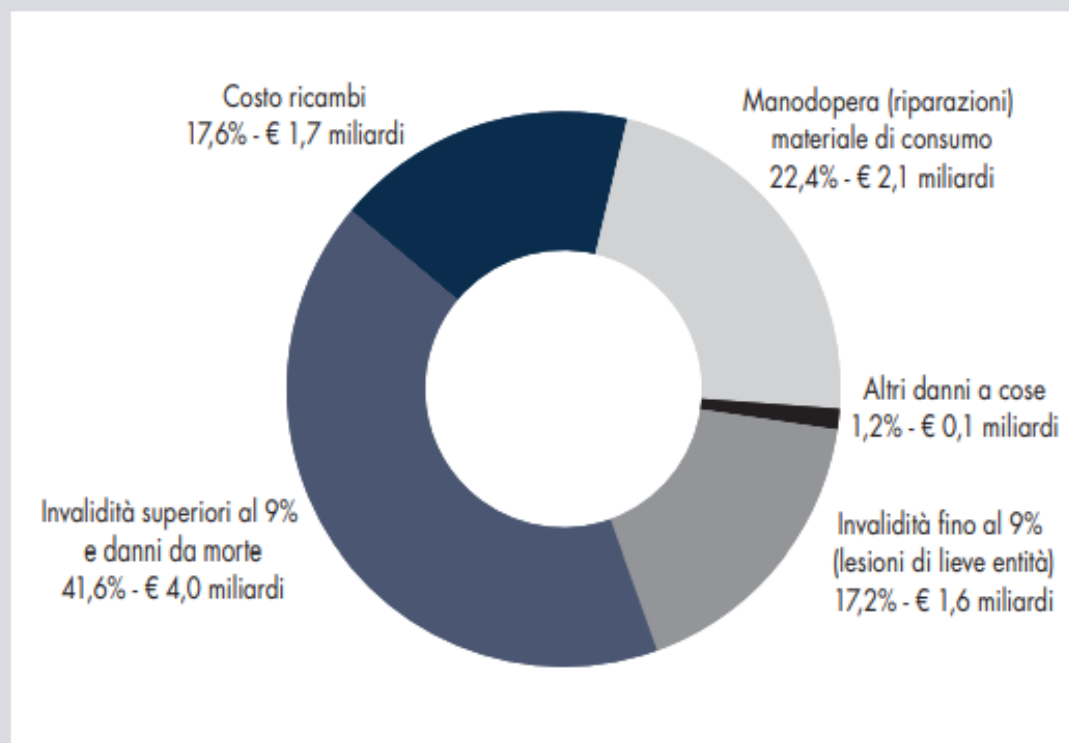


I NUMERI DEL SETTORE ASSICURATIVO: ANALISI RAMI DANNI

Nel ramo r.c. auto il costo totale dei risarcimenti (comprensivo sia dei danni a cose sia dei danni alle persone) per i sinistri accaduti nel 2021 è stato pari a 9,5 miliardi; di questi il 59% (pari a 5,6 miliardi) sono relativi a danni fisici (incluso anche la componente dei danni a cose dei sinistri misti), mentre il restante 41% (pari a circa 3,9 miliardi) è relativo ai danni ai veicoli (costo dei ricambi e manodopera per le riparazioni).

Figura 1
Distribuzione % del costo totale dei risarcimenti r.c. auto – Anno 2021

- **Ammontare dei risarcimenti a cose** (€3,9 miliardi, ossia il 41,2% del totale del costo dei sinistri)
- **Ammontare dei risarcimenti per danni alla persona** (€5,6 miliardi, ossia il 58,8% del totale del costo dei sinistri)



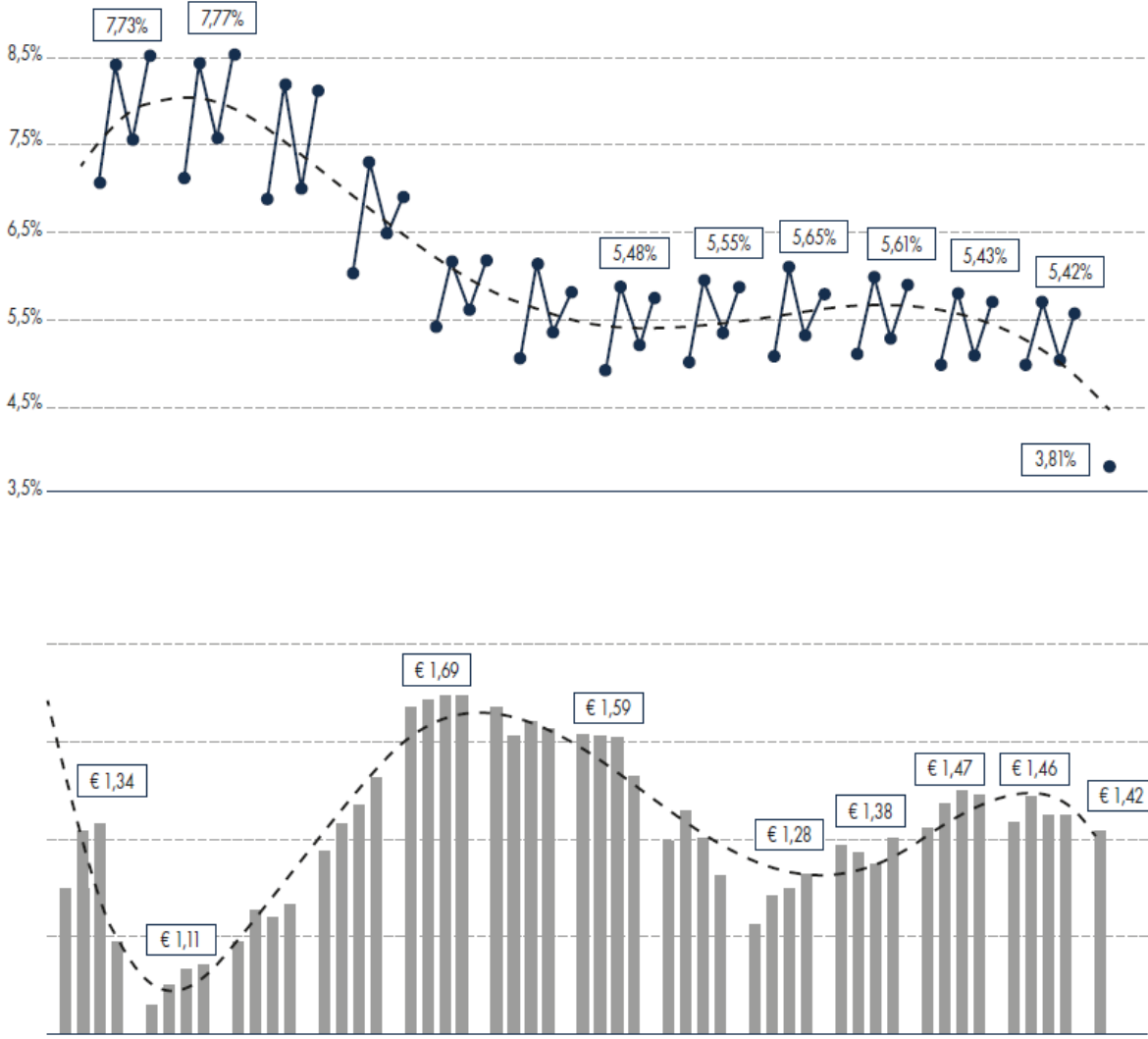
Fonte: Dati Ania – L'assicurazione italiana 2021-2022



LA PRODUZIONE ASSICURATIVA DEL RAMO DANNI

Figura 1
*Raffronto tra
l'andamento della
frequenza sinistri
e il consumo e il prezzo
del carburante*

- Frequenza sinistri
- Prezzo carburante
- Consumo carburante (000 tonn.)



Fonte: Dati Ania – L'assicurazione italiana 2019-2020



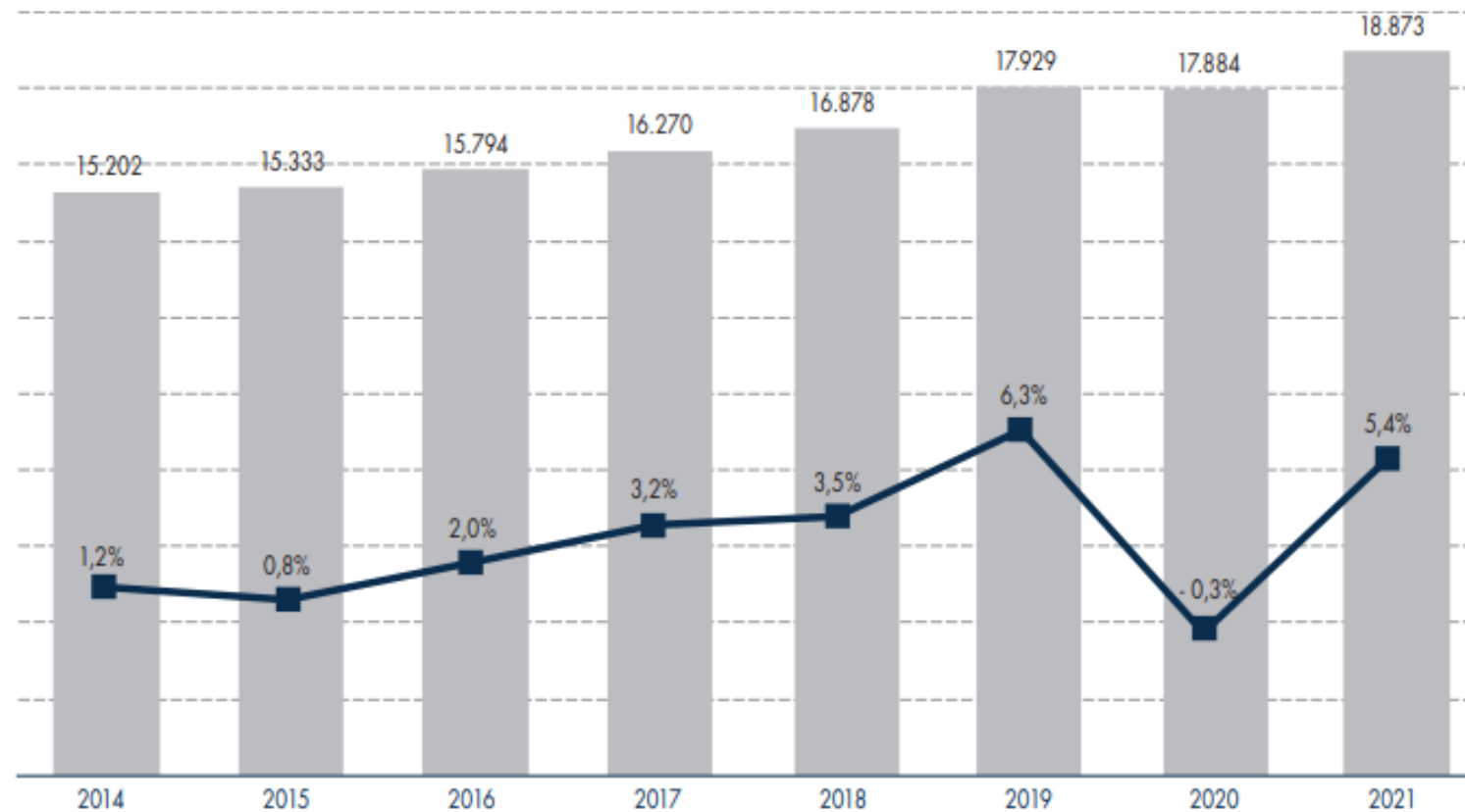
COMPOSIZIONE ALTRI RAMI DANNI

**Premi del portafoglio
diretto degli altri rami
danni (*)**

Valori in milioni

■ Premi contabilizzati
■ Variazione %
annua
dei premi

* si considerano
tutti i rami danni
ad eccezione dei corpi
veicoli terrestri, della
r.c. auto e r.c. marittimi,
lacustri e fluviali

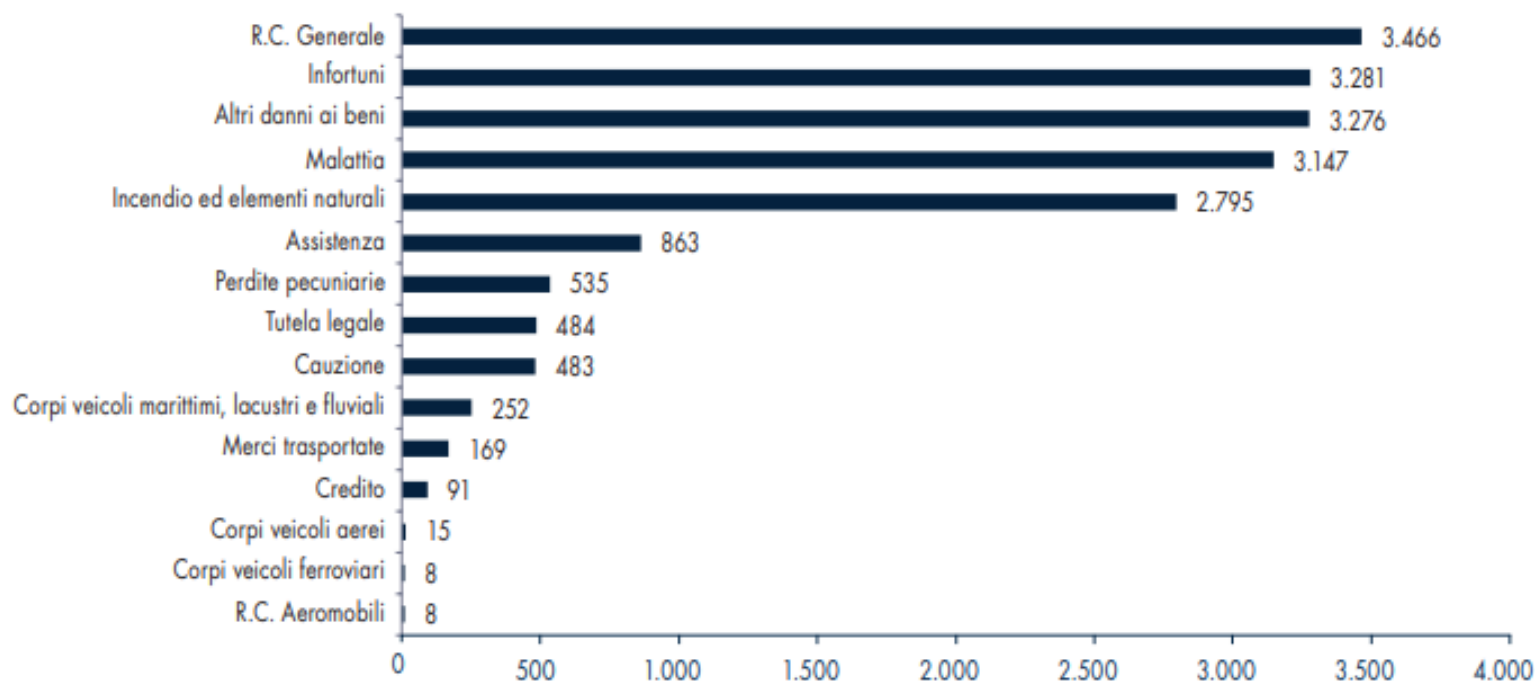


Fonte: Dati Ania – L'assicurazione italiana 2021-2022



COMPOSIZIONE ALTRI RAMI DANNI

Premi del Lavoro Diretto per ramo di attività 2021 (valori in milioni)



Area della sotto- assicurazione e delle potenzialità di sviluppo (trend demografici, catastrofali, evoluzione società, crisi sistema welfare pubblico...)

I settori con maggiore raccolta sono RC Generale, Infortuni, Altri Danni ai beni, Malattia, Incendio

Fonte: Dati Ania – L'assicurazione italiana 2021-2022



PREMI DANNI PER ABITANTE: CONFRONTO EUROPEO

Nei rami danni il nostro paese registra un valore dei premi per abitante inferiore al dato medio europeo collocandosi al di sotto delle altre principali nazioni.

Chart 28: P&C density (premiums per capita) by country — 2019–2020 (€)



Fonte: Insurance Europe – European Insurance in Figures, 2020 data