



IVASS  
ISTITUTO PER LA VIGILANZA  
SULLE ASSICURAZIONI



# GLOSSARIO

*Allegato al Bollettino Statistico  
L'attività assicurativa nel comparto salute (2013-2018)  
Anno VII - n. 1, gennaio 2020*



Le definizioni sono tratte dal Codice delle Assicurazioni Private (CAP – d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209), dal Regolamento ISVAP n. 22 del 4 aprile 2008 e dal glossario pubblicato sul portale <http://www.educazioneassicurativa.it/>.

- **Altre spese di acquisizione** – Spese derivanti dalla conclusione di un contratto di assicurazione diverse dalle provvigioni di acquisizione, come definite dall'articolo 52 del D.lgs. 26 maggio 1997, n. 173. Comprende sia i costi direttamente che indirettamente imputabili. Tra i costi direttamente imputabili, sono ricomprese anche le spese per l'emissione delle polizze assicurative o l'assunzione del contratto nel portafoglio. Tra i costi indirettamente imputabili sono incluse le spese di pubblicità sostenute per la commercializzazione di specifici prodotti assicurativi e le spese amministrative dovute alle formalità di espletamento della domanda e alla stesura delle polizze ivi compresi i relativi costi per acquisto di beni e per prestazioni di servizi. Sono altresì comprese tra i costi indirettamente imputabili le sovrapprovvigioni e/o i *rappels* non esclusivamente connessi al raggiungimento di obiettivi di produttività nonché la parte fissa della retribuzione del personale dipendente inquadrato nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del personale addetto alla organizzazione produttiva e alla produzione, ossia quella non commisurata all'acquisizione dei contratti. Sono inclusi inoltre gli altri costi quali, ad esempio, oneri accessori, accantonamenti per il trattamento di fine rapporto, diarie, trasferte. Tra i costi indirettamente imputabili sono anche comprese le quote di costi del personale dipendente inquadrato nei contratti collettivi nazionali diversi da quello di cui sopra, addetto, in tutto o in parte, all'organizzazione produttiva o alla produzione. Parimenti sono compresi i contributi al Fondo pensione agenti e alla Cassa previdenza agenti.
- **Assicurazioni contro i danni** – Assicurazioni di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209. Nelle assicurazioni contro i danni la compagnia, dietro pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.
- **Assicurazioni contro le malattie gravi (Dread disease) o Critical Illness** – Queste assicurazioni coprono le necessità derivanti dal verificarsi di una delle gravi malattie tassativamente previste in polizza (es. infarto, cancro, cecità, ictus, insufficienza renale) con il pagamento di un capitale prefissato. La garanzia è spesso fornita in abbinamento a una assicurazione sulla vita che prevede la copertura in caso di morte.
- **Attività assicurativa** – L'assunzione e la gestione dei rischi effettuata da un'impresa assicuratrice.
- **Attività in regime di libertà di prestazione di servizi o rischio assunto in regime di libertà di prestazione di servizi** – L'attività che un'impresa esercita da uno stabilimento situato nel territorio di uno Stato membro assumendo obbligazioni con contraenti aventi il domicilio, ovvero, se persone giuridiche, la sede in un altro Stato membro o il rischio che un'impresa assume da uno stabilimento situato nel territorio di uno Stato membro diverso da quello in cui è ubicato il rischio.
- **Attività in regime di stabilimento o rischio assunto in regime di stabilimento** – L'attività che un'impresa esercita da uno stabilimento situato nel territorio di uno Stato membro assumendo obbligazioni con contraenti aventi il domicilio, ovvero, se persone giuridiche, la

sede in un altro Stato membro o il rischio che un'impresa assume da uno stabilimento situato nel territorio di uno Stato membro diverso da quello in cui è ubicato il rischio.

- **Attività riassicurativa** – L'assunzione e la gestione dei rischi ceduti da un'impresa di assicurazione o retrocessi da un'impresa di riassicurazione, anche di uno Stato Terzo.
- **Caricamento** – La quota delle spese di gestione (acquisizione, incasso e spese amministrative) ed ogni altro onere considerato dall'impresa nel processo di costruzione della tariffa nonché il margine industriale compensativo dell'alea di impresa.
- **Codice delle Assicurazioni (CAP)** – Il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e successive modificazioni e integrazioni.
- **Combined ratio, dell'esercizio o di bilancio.** – È la somma di *expense ratio* e *loss ratio* (dell'esercizio o di bilancio).
- **Contratto di assicurazione** – Contratto mediante il quale la compagnia di assicurazione, dietro il pagamento di un premio, si impegna a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a esso prodotto da un sinistro (nelle assicurazioni contro i danni) o a pagare un capitale o una rendita all'assicurato o al beneficiario designato al verificarsi di un evento inerente alla vita umana (nelle assicurazioni vita).
- **Esclusioni (di garanzia)** – Situazioni, specificamente richiamate nel contratto, che l'Impresa dichiara non essere comprese nelle garanzie assicurative.
- **Expense ratio** – Rapporto tra *spese di gestione* (acquisizione, incasso e spese amministrative) e *premi contabilizzati*.
- **Franchigia** – Clausola contrattuale in base alla quale, a fronte di un premio più contenuto, il contraente si obbliga a farsi carico di una parte del costo del sinistro. Nelle polizze connesse ai mutui e ai finanziamenti è la parte del finanziamento, stabilita in contratto, che rimane comunque a carico dell'assicurato.
- **Franchigia (periodo di)** – Nell'ambito delle garanzie connesse ai mutui e ai finanziamenti, si intende il periodo di tempo, eventualmente previsto in polizza, durante il quale se si verifica il sinistro (ad esempio la perdita di impiego, la malattia, o il ricovero ospedaliero) l'assicurato non ha diritto alla prestazione assicurativa.
- **Garanzia invalidità permanente totale o parziale da infortunio** – Prevede il riconoscimento di un indennizzo, determinato sulla base della somma assicurata, in caso di sinistro che abbia causato la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività.
- **Garanzia infortunio del conducente** – Prevede il riconoscimento di un indennizzo del conducente responsabile in incidente stradale, che ne abbia causato la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

- **Garanzia, infortunio o malattia, rimborso spese mediche** – Prevede il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato pre e post ricovero in istituto di cura, nonché il rimborso per intervento chirurgico.
- **Garanzia diaria giornaliera** – Prevede un'indennità giornaliera in caso di ricovero in istituto di cura conseguente a malattia. Nel caso in cui le spese mediche siano state totalmente sostenute dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), alcune polizze prevedono la corresponsione della c.d. “diaria sostitutiva”. Si tratta di una somma fissa giornaliera per il periodo di ricovero che si protragga entro un limite massimo di giorni.
- **Garanzia invalidità permanente totale o parziale da infortunio** – Queste assicurazioni coprono la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità lavorativa derivante da invalidità permanente, se conseguente a malattia - e non a infortunio - manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, ma entro la data di scadenza dello stesso.
- **Gestione danni** – L'attività assicurativa nei rami danni di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP.
- **Gruppo assicurativo** – Un gruppo composto da una società partecipante o controllante, dalle sue società controllate o da altre entità in cui la società partecipante o controllante o le sue società controllate detengono una partecipazione, nonché da società legate da direzione unitaria ai sensi dell'articolo 96 del CAP, ovvero basato sull'instaurazione, contrattuale o di altro tipo, di rapporti finanziari solidi e sostenibili tra tali imprese che può includere anche mutue assicuratrici o altre società di tipo mutualistico, a condizione che:
  - una delle imprese eserciti effettivamente, tramite un coordinamento centralizzato, un'influenza dominante sulle decisioni, incluse le decisioni finanziarie, di tutte le imprese che fanno parte del gruppo e
  - la costituzione e lo scioglimento di tali relazioni ai fini del titolo XV siano soggetti all'approvazione preventiva dell'autorità di vigilanza del gruppo; laddove l'impresa che esegue il coordinamento centralizzato è considerata l'impresa controllante o partecipante e le altre imprese sono considerate le imprese controllate o partecipate.
- **Importi a prezzi costanti** – Valori monetari espressi al valore della moneta dell'anno più recente disponibile (2018 per il presente bollettino). Sono ottenuti moltiplicando il valore originario per un coefficiente (deflatore) che rappresenta la variazione dei prezzi avvenuta tra l'anno a cui si riferisce il valore e il 2018. Il deflatore è ricavato usando l'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e di impiegati (FOI) al netto dei tabacchi.
- **Imprese vigilate dall'IVASS** – Ai fini del presente bollettino, le imprese di assicurazione nazionali e rappresentanze in Italia di imprese di assicurazione con sede legale in uno Stato extra SEE, sottoposte alla vigilanza sulla stabilità da parte dell'IVASS.
- **Inabilità temporanea** – Incapacità totale o parziale di attendere alle proprie occupazioni per un periodo di tempo limitato.
- **Indennizzo** – Somma dovuta dalla compagnia all'assicurato di una polizza danni o al beneficiario di una polizza vita in caso di sinistro.

- **Indice di smontamento della riserva sinistri** – L'indicatore è calcolato per ogni anno di generazione di sinistri al variare dell'anti-durata ed è dato dal rapporto tra: a) la somma dei pagamenti effettuati a partire dall'anti-durata successiva a quella di valutazione dell'indice fino all'ultimo anno di bilancio disponibile, al quale si aggiunge la riserva stanziata alla fine di dell'ultimo anno di bilancio disponibile e b) la riserva stanziata all'anti-durata di valutazione dell'indice.
- **Infortunio** – Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che procuri all'assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
- **Invalidità permanente** – Perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero di svolgere la propria specifica attività lavorativa.
- **IVASS** – Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, ai sensi dell'articolo 13 del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.
- **Long Term Care (LTC)** – Assicurazione che copre le spese derivanti dall'impossibilità di svolgere autonomamente le funzioni della vita quotidiana con conseguente menomazione dell'autosufficienza non necessariamente dovuta a malattia o infortunio ma anche a senescenza.
- **Loss ratio dell'esercizio** – L'incidenza percentuale, rispetto ai *premi di competenza* dell'esercizio corrente, delle somme pagate e riservate per *i soli sinistri accaduti nell'esercizio corrente*, comprensive delle relative spese dirette e delle spese di liquidazione.
- **Loss ratio di bilancio** – *Loss ratio* dell'esercizio al quale è aggiunto, considerando, *per i soli sinistri accaduti negli anni precedenti*, l'incidenza percentuale, sempre rispetto ai *premi di competenza* dell'esercizio corrente, della sufficienza (*rectius* eccedenza: componente positivo di reddito) o dell'insufficienza (*rectius* carenza: componente negativo di reddito) della riserva sinistri appostata all'inizio dell'esercizio rispetto ai pagamenti (comprensivi delle spese dirette e delle spese di liquidazione) avvenuti durante l'esercizio e alla riserva accantonata alla fine dell'esercizio (anch'essa comprensiva delle spese dirette e delle spese di liquidazione) in relazione a tali sinistri.
- **Malattia** – Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Massimale di garanzia** – Somma massima pattuita che l'impresa è tenuta a pagare in caso di sinistro. Se i danni provocati o subiti sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato.
- **Periodo di carenza** – Periodo iniziale, che decorre dalla data di validità del contratto, durante il quale l'eventuale sinistro non è in garanzia. E' detto anche termine di aspettativa.
- **Polizza** – Documento contrattuale che prova e disciplina i rapporti tra compagnia, contraente e assicurato ed è costituito dal **Modulo di polizza** ed eventuali relative appendici.

- **Polizza individuale** – Polizza sottoscritta da un singolo individuo per suo conto o per conto della propria famiglia, con **copertura di un rischio** che è quindi riferito a un soggetto o a più soggetti individuati all'interno del nucleo familiare. Il termine “individuale” non si riferisce quindi all'unico assicurato, bensì all'unico contraente: nulla vieta, invece, di assicurare con una polizza individuale **una molteplicità di soggetti** quali, tradizionalmente, i componenti dei nuclei familiari.
- **Polizza collettiva** – Polizza stipulata da un'azienda, da un'associazione, da una cassa di assistenza o altro organismo, in qualità di contraente, in favore dei propri dipendenti, associati, assistiti, clienti. In questo caso il rischio da coprire è riferito a **tutti coloro i quali fanno parte di un gruppo omogeneo e ben definito**. Nelle polizze collettive, di solito, le imprese di assicurazione indicano al contraente quali siano gli obblighi a proprio carico, indicando quindi – tra gli obblighi a carico del contraente – anche le modalità con le quali occorrerà consegnare agli assicurati le condizioni di assicurazione, affinché questi siano completamente consapevoli della natura dell'operazione.
- **Portafoglio del lavoro italiano diretto** – Comprende tutti i contratti stipulati da imprese di assicurazione italiane, a eccezione di quelli stipulati da loro sedi secondarie in Stati terzi; sono esclusi i contratti di riassicurazione compresi nel portafoglio indiretto.
- **Premio lordo contabilizzato** - Premio contabilizzato nell'esercizio al lordo delle cessioni in riassicurazione, come definito all'articolo 45 del decreto legislativo 26 maggio 1997, n. 173. In particolare, il premio deve essere attribuito all'esercizio, unitamente ai relativi accessori, con riguardo al momento di maturazione. Detto momento corrisponde, in linea di principio, alla data di scadenza di ciascun premio risultante dal documento assicurativo. Ai fini della competenza dell'esercizio non ha pertanto alcuna rilevanza il momento in cui si concretizza la riscossione del premio. Quindi il premio lordo contabilizzato è l'importo maturato durante l'esercizio per i contratti di assicurazione, indipendentemente dal fatto che tali importi siano stati incassati o che si riferiscano interamente o parzialmente ad esercizi successivi; sono in ogni caso esclusi gli importi delle relative imposte e dei contributi riscossi per rivalsa. Va inoltre tenuto presente che sono di competenza dell'esercizio tutti i premi scaduti entro il 31 dicembre, indipendentemente dalla rilevazione contabile del documento entro tale data. I premi devono, tra l'altro, comprendere:
  - a) i premi ancora da contabilizzare, allorché il premio può essere calcolato soltanto alla fine dell'anno;
  - b) i premi unici e i versamenti destinati all'acquisto di una rendita periodica;
  - c) i sovrappremi per frazionamento di premio e le prestazioni accessorie degli assicurati destinate a coprire le spese dell'impresa;
  - d) le quote di premio di pertinenza dell'impresa acquisite in coassicurazione.

Ai sensi del comma 3 del citato articolo 45, non possono essere portati in detrazione gli annullamenti afferenti i premi degli esercizi precedenti. Ne consegue che ai fini della corretta determinazione del premio lordo contabilizzato nell'esercizio possono essere portati in detrazione diretta dal premio medesimo soltanto gli annullamenti motivati da storni aventi natura tecnica di singoli titoli emessi nell'esercizio stesso, con esclusione pertanto degli

annullamenti derivanti da valutazioni dell'impresa sulla esigibilità dei titoli alla chiusura dell'esercizio. Le variazioni di contratto che comportano variazione di premio, operate tramite appendici o sostituzioni, non costituiscono annullamenti ai sensi del menzionato articolo 45, comma 3.

- **Premio di tariffa** – Il premio puro maggiorato dei caricamenti.
- **Premio medio per polizza** – È calcolato sui premi lordi *contabilizzati*, rapportati alle Unità di rischio, e rappresenta il premio medio *nell'esercizio*.
- **Premio puro** – Prodotto tra la frequenza di sinistro e l'ammontare medio del danno. Rappresenta il costo base (costo industriale) della copertura assicurativa, poiché si tratta di una valutazione del rischio assunto dalla compagnia di assicurazioni, su basi statistiche.
- **Premio lordo** – Importo che il contraente deve versare all'impresa, ottenuto aggiungendo al premio di tariffa le imposte. Nella r.c. auto comprende anche il contributo al Servizio Sanitario Nazionale.
- **Provvigioni di acquisizione** – Compensi, come definiti all'art. 51 del D.lgs. 26 maggio 1997, n. 173, spettanti per l'acquisizione e il rinnovo, anche tacito, dei contratti di assicurazione, inclusi quelli inerenti i rapporti di coassicurazione. Comprendono inoltre le commissioni e le partecipazioni agli utili spettanti alle cedenti per rapporti di riassicurazione attiva. Include altresì le sovrapprovvigioni e/o i *rappels* commisurati al raggiungimento di obiettivi di produttività nonché la parte variabile di retribuzione del personale dipendente inquadrato nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del personale addetto alla organizzazione produttiva ed alla produzione, in quanto commisurata all'acquisizione dei contratti.
- **Provvigioni di incasso** – Sono la parte di spese di amministrazione afferenti l'incasso dei premi Compensi spettanti per l'incasso dei premi di assicurazione.
- **Rami di assicurazione** – E' la classificazione della forma assicurativa che corrisponde ad un determinato rischio o ad un insieme omogeneo di rischi od operazioni che descrive l'attività che l'impresa può esercitare al rilascio dell'autorizzazione. Ad esempio: rami danni (infortuni, malattia, r.c. auto, ecc.) e rami vita.
- **Ramo 1. Infortuni** – Infortuni professionali (compresi gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali) ed extraprofessionali; prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste; persone trasportate. Le principali garanzie assicurative fornite in relazione al ramo sono il decesso, invalidità permanente (in caso di perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa), inabilità temporanea (incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo), infortunio del conducente responsabile e talora anche del suo trasportato in seguito alla circolazione stradale (talvolta si consente di assicurare il conducente e/o i trasportati dei veicoli indicati in polizza contro gli infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia e per gli infortuni avvenuti durante la salita o la discesa dai veicoli, o gli infortuni subiti in qualità di pedoni) e altre garanzie come l'indennità di ricovero, l'indennità di immobilizzazione, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione rese

necessarie a seguito dell'infortunio. Si consulti per un esame dettagliato, il portale di "Educazione Assicurativa" dell'IVASS, [www.educazioneassicurativa.it](http://www.educazioneassicurativa.it);

- **Ramo 2. Malattia** – Malattia (prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste). Tra le principali garanzie assicurative offerte dal mercato si evidenzia il rimborso delle spese mediche, la diaria, la copertura per il rischio di invalidità permanente o di inabilità temporanea. Nell'ambito del ramo rientra anche la garanzia che copre il rischio di long term care da malattia (che prevede un risarcimento o assistenza e servizi "in natura" a seguito di perdita di autosufficienza nello svolgere determinate attività elementari della vita quotidiana). Essa è pressoché assente in Italia in quanto commercializzata più frequentemente nel comparto Vita. Si consulti per un esame dettagliato, il portale di "Educazione Assicurativa" dell'IVASS, [www.educazioneassicurativa.it](http://www.educazioneassicurativa.it);
- **Riassicurazione passiva** – la *cessione* di rischi da parte di impresa di assicurazione o *retrocessione* dei rischi da impresa di riassicurazione.
- **Richiesta di indennizzo** – Comunicazione scritta con la quale l'assicurato (o il beneficiario) richiede all'impresa di assicurazione la liquidazione dell'indennizzo dovuto a seguito del verificarsi dell'evento in garanzia.
- **Riserva di senescenza** – La riserva di senescenza è un accantonamento effettuato dalle imprese di assicurazione destinato a compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assicurati nell'ambito dei contratti di assicurazione del ramo Malattia (ramo 2, di cui all'articolo 2, comma 3 del Codice delle assicurazioni. Tale riserva è costituita per i contratti di durata poliennale o di durata annuale con obbligo di rinnovo alla scadenza, i cui premi siano determinati, per l'intera durata della garanzia, in base all'età degli assicurati al momento della stipula del contratto. Detta riserva è costituita in relazione ai contratti di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza anche qualora, nel corso della durata contrattuale, possa variare, in quanto espressamente previsto nelle condizioni di polizza, l'importo dei premi, in base all'evoluzione dell'esperienza statistica riferita alla collettività. Le imprese costituiscono la riserva di senescenza in relazione ai contratti di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza anche qualora, nel corso della durata contrattuale, possa variare, in quanto espressamente previsto nelle condizioni di polizza, l'importo dei premi, in base all'evoluzione dell'esperienza statistica riferita alla collettività. In via generale, le imprese valutano la riserva in argomento separatamente per ciascun contratto, sulla base dei criteri tecnico-attuariali analoghi a quelli adottati nell'ambito delle assicurazioni sulla vita, in relazione alla prevedibile durata dei contratti, all'età degli assicurati e alle basi tecniche adottate. In deroga alla regola generale, ed esclusi i contratti di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, le imprese per i contratti a premio annuo possono determinare la riserva di senescenza per il rischio di malattia in modo forfetario, calcolandola in misura non inferiore al dieci per cento dei premi lordi contabilizzati dell'esercizio.
- **Riserva premi** – Comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte al costo futuro dei sinistri relativi ai rischi non estinti alla data di valutazione. La riserva premi è composta dalla **riserva per frazioni di premi**, correlata al criterio della ripartizione temporale del premio per competenza, e dalla **riserva per rischi in corso**, connessa

all'andamento tecnico del rischio, ossia destinata alla copertura dei rischi incombenti dopo la fine dell'esercizio, per far fronte a tutti gli indennizzi e spese derivanti da contratti di assicurazione stipulati prima di tale data, nella misura in cui il costo atteso di tali rischi superi quello della stessa riserva per frazioni di premi.

- **Riserva sinistri** – Comprende l'ammontare complessivo delle somme che, da una prudente valutazione effettuata in base ad elementi obiettivi, risultino necessarie per far fronte al pagamento dei sinistri, avvenuti nell'esercizio stesso o in quelli precedenti qualunque sia la data di denuncia, e non ancora pagati, nonché alle relative spese di liquidazione, indipendentemente dalla loro origine. Le imprese iscrivono i sinistri a riserva finché non siano state pagate, oltre al risarcimento, le spese dirette. Eventuali spese di liquidazione residue per i sinistri già definiti sono comunque appostate tra le riserve sinistri. Le imprese valutano le riserve sinistri in misura pari al costo ultimo tenendo conto di tutti i futuri oneri prevedibili. La **Riserva sinistri** si compone della **riserva per sinistri avvenuti e denunciati** e della **riserva per sinistri avvenuti e denunciati (IBNR)**.

Riguardo alla **prima componente**, le imprese costituiscono la riserva per i sinistri il cui processo di liquidazione non si è ancora concluso alla fine dell'esercizio o per il quale non siano stati interamente pagati il risarcimento del danno, le spese dirette e le spese di liquidazione. Le imprese iscrivono i sinistri a riserva finché non siano state pagate, oltre al risarcimento, le spese dirette. Eventuali spese di liquidazione residue per i sinistri già definiti sono comunque appostate tra le riserve sinistri. Le imprese valutano le riserve sinistri in misura pari al costo ultimo tenendo conto di tutti i futuri oneri prevedibili.

Riguardo alla **riserva per sinistri avvenuti ma non ancora denunciati**, essa comprende l'ammontare complessivo delle somme che, da una stima prudente, risultino necessarie per far fronte al pagamento dei sinistri avvenuti nell'esercizio stesso o in quelli precedenti, ma non ancora denunciati alla data delle valutazioni nonché alle relative spese di liquidazione. Le imprese determinano la riserva per sinistri avvenuti ma non ancora denunciati alla data di chiusura dell'esercizio, per numero e per importo, sulla base delle esperienze acquisite negli esercizi precedenti, avuto riguardo alla frequenza e al costo medio dei sinistri denunciati tardivamente, nonché del costo medio dei sinistri denunciati nell'esercizio.

- **Riserva per partecipazione agli utili e ristorni** – Comprende gli importi da riconoscere agli assicurati o ai beneficiari dei contratti a titolo di partecipazioni agli utili tecnici e di ristorni, purché tali importi non siano stati già attribuiti agli assicurati.
- **Riserve tecniche del comparto salute** – Accantonamenti da costituire da parte delle imprese di assicurazione, che devono essere sempre sufficienti a far fronte, per quanto ragionevolmente prevedibile, agli impegni derivanti dai contratti di assicurazione. Sono date dalla somma delle riserve premi, riserve sinistri e delle riserve per partecipazione agli utili e ristorni e della Riserva di senescenza.
- **Ristorni e partecipazioni agli utili** – Sono gli importi pagati nell'esercizio per ristorni come definiti dall'articolo 50, comma 2, del decreto legislativo 26 maggio 1997, n. 173. Comprende altresì gli importi pagati per partecipazioni agli utili.

- **Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al lordo (netto) della riassicurazione** – È il risultato economico della gestione tecnica del ramo, al lordo (netto) delle componenti economiche positive e negative derivanti dalle cessioni in riassicurazione.
- **Rivalsa (azione di rivalsa)** – Il diritto dell'Impresa di richiedere all'assicurato (di norma contraente / proprietario, usufruttuario, acquirente con patto di riservato dominio, obbligati in solido con il conducente del veicolo) il rimborso di quanto pagato, nei casi previsti da determinate pattuizioni (esclusioni contrattuali della copertura).
- **Saldo Altre partite tecniche** – Comprende:
  - gli **Altri proventi tecnici** ossia i proventi di natura tecnica di carattere residuale, tra i quali le componenti positive di reddito relative alle sopravvenienze su crediti verso assicurati per premi di esercizi precedenti precedentemente svalutati, lo storno delle provvigioni relative a premi di esercizi precedenti svalutati o annullati nonché gli annullamenti di premi ceduti in riassicurazione.
  - i **Contributi** ossia gli eventuali contributi;
  - gli **Altri oneri tecnici** ossia tutti gli oneri di natura tecnica residuale tra i quali le svalutazioni per inesigibilità di crediti verso assicurati per premi dell'esercizio e degli esercizi precedenti, gli annullamenti di natura tecnica di crediti verso assicurati per premi di esercizi precedenti nonché lo storno delle provvigioni relative a premi ceduti in riassicurazione annullati.
  - la **Variazione delle riserve tecniche diverse:** nella quale ricade la variazione della riserva per partecipazione agli utili e ristorni e la riserva per la variazione della riserva di senescenza del ramo Malattia, mentre gli importi pagati nell'esercizio a tale titolo figurano nelle "altre partite tecniche" alla voce propria.
- **Saldo della riserva sinistri** – Importo che indica la eccedenza (in caso di segno positivo) o insufficienza (in caso di segno negativo) della riserva sinistri accantonata alla fine del bilancio precedente (vecchie generazioni), per effetto dei pagamenti avvenuti nell'esercizio e della rivalutazione della riserva residua di fine esercizio (se le vecchie generazioni non sono esaurite). Va tenuto presente che quest'ultima è una previsione frutto di stime e quindi potenzialmente diversa per eccesso o per difetto rispetto al futuro esborso per sinistri. Il saldo della riserva sinistri di esercizi precedenti contribuisce (positivamente o negativamente) al risultato del saldo tecnico lordo. L'importo è calcolabile prima o dopo il saldo dei recuperi.
- **Scoperto** – Clausola contrattuale in base alla quale una percentuale del danno, con eventuale limite minimo espresso in valore assoluto, da dedurre dall'indennizzo, che rimane a carico del contraente nei casi previsti dalle condizioni di polizza.
- **Senescenza** – Processo naturale di invecchiamento dell'organismo, che comporta il progressivo decadimento delle funzioni organiche e l'alterazione anatomica degli organi e dei tessuti.
- **Sinistro** – Verificarsi dell'evento per il quale è prevista la prestazione della compagnia, a garanzia del rischio assicurato.

- **Sovrappremio** – È una maggiorazione di premio che la compagnia chiede al contraente che voglia inserire tra le garanzie già previste dal contratto, in base alle quali è stata determinata l'entità del premio, la copertura di ulteriori rischi. Tale maggiorazione è, in genere, richiesta dalla compagnia anche quando l'assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (si parla in quel caso di sovrappremio sanitario) o in relazione alle attività professionali o sportive che svolge (si parla allora di sovrappremio professionale o sportivo).
- **Spazio Economico Europeo (SEE)** – L'accordo associativo tra i Paesi membri dell'Unione Europea e la Norvegia, l'Islanda e il Liechtenstein, che prevede relazioni commerciali, economiche e sociali tra gli aderenti.
- **Sinistri con seguito** – Sinistri denunciati per i quali sia stato effettuato un pagamento o sia stato iscritto a riserva sinistri un importo alla fine dell'esercizio. Sono esclusi i sinistri denunciati senza seguito, considerati a vario titolo come non aventi diritto a risarcimento. Fanno parte di questi sinistri anche i sinistri IBNR o tardivi, che si stima saranno denunciati con seguito in anni successivi all'anno di riferimento.
- **Sinistri senza seguito** – Pratica completa relativa a sinistri per i quali, esaurite tutte le attività necessarie, non è stato effettuato alcun pagamento a titolo di risarcimento o di indennizzo o non è stato iscritto, alla fine dell'esercizio, un importo a riserva sinistri.
- **Sinistro riaperto** – Pratica di sinistro chiuso come senza seguito, per la quale, a seguito di ulteriore attività istruttoria o per sopravvenuti elementi, risulta necessario effettuare pagamenti a titolo di risarcimento o di indennizzo o iscrizione di importi a riserva sinistri.
- **Spese di amministrazione (Altre)** – Spese di amministrazione, diverse dalle provvigioni di incasso. In particolare, sono ricompresi i costi sostenuti per la gestione del portafoglio, tutte le spese per la gestione della riassicurazione passiva e attiva, con esclusione, per quest'ultima, dei costi relativi alle commissioni e partecipazioni agli utili spettanti alle cedenti, le spese per la gestione delle partecipazioni agli utili e dei ristorni, le spese per il personale non attribuite agli oneri relativi all'acquisizione, alla liquidazione dei sinistri e alla gestione degli investimenti. Sono compresi, inoltre, gli oneri sostenuti per la cessazione dei rapporti agenziali, per la parte non soggetta a rivalsa.
- **Spese di gestione** – Sono date dalla somma delle provvigioni di acquisizione, delle altre spese di acquisizione, delle provvigioni di incasso e delle altre spese di amministrazione.
- **Spese di liquidazione** – Sono le spese esterne e interne sostenute dalle imprese per la gestione dei sinistri, come definite all'articolo 48, comma 3, del D.lgs. 26 maggio 1997, n. 173. Esse includono, tra l'altro, le spese per il personale e gli ammortamenti dei beni mobili afferenti la gestione dei sinistri stessi.
- **Spese dirette** – Sono le spese sostenute dalle imprese per evitare o contenere i danni arrecati dal sinistro, quali, tra l'altro, le spese di lite di cui all'articolo 1917, comma 3, del codice civile.

- **Tacito rinnovo** – Clausola contrattuale che alla scadenza annuale prevede il rinnovo automatico del contratto, in assenza di disdetta.
- **Unità di rischio** – nel numero delle unità di rischio, sono considerate:
  - la singola polizza nel caso in cui essa preveda la copertura assicurativa di una sola testa/cosa per uno o più rischi classificabili in uno solo dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e successive modificazioni e integrazioni - Codice delle Assicurazioni Private (CAP). Qualora la polizza copra per una sola testa/cosa una pluralità di rischi classificabili in più di uno dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP, essa va considerata come unità di rischio in ciascuno dei rami diversi in cui sono classificati i rischi;
  - il numero di teste/cose coperte nel caso di polizze collettive ed in abbonamento, nonché in generale di polizze che per uno o più rischi classificabili in uno solo dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP coprano una pluralità di teste/cose ed i sinistri vengano rilevati in corrispondenza delle stesse. Qualora la polizza copra per una pluralità di teste/cose una pluralità di rischi classificabili in più di uno dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP, per ciascun ramo sono da considerarsi unità di rischio le teste/cose che la polizza copre dai rischi afferenti al ramo medesimo.
  - Le unità di rischio, come sopra individuate, sono considerate in proporzione al periodo di competenza dell'esercizio (N) in base al *pro-rata* effettuato sui giorni dell'anno. Per le polizze in coassicurazione il numero delle unità di rischio è indicato pro quota/anno.

L'elevato e crescente numero di unità di rischio nei rami infortuni e malattia - si consulti per un esame dettagliato, il portale di "Educazione Assicurativa" dell'IVASS, [www.educazioneassicurativa.it](http://www.educazioneassicurativa.it) - è in buona parte riconducibile alla forte e talora crescente diffusione in Italia delle<sup>1</sup>:

- **assicurazioni multirischio** contro i "danni alle persone" che prevedono le coperture dei bisogni di tutela della famiglia e della "persona/salute" in cui rientrano ad esempio quelle che tutelano l'assicurato e/o il suo nucleo familiare da casi di infortunio, malattia o da altre situazioni legate alla sua salute che possono limitarne le capacità lavorative. Tra esse negli ultimi anni hanno assunto crescente importanza le **coperture assicurative "a ombrello" o "multigaranzia" di tipo modulare** che, grazie alla loro flessibilità, consentono facilmente di aggiungere, modificare ed eliminare garanzie e servizi assicurativi nel tempo, a seconda dell'esigenza e del momento, assemblandole in un unico contratto. Tali polizze sono quindi caratterizzate dall'essere costruite dalle imprese di assicurazione come pacchetti standard che prevedono garanzie predefinite. Ad esempio prevedendo l'inclusione nelle coperture dell'assistenza medica e servizi di emergenza h24, servizi di *second opinion* informativi, di consulenza diagnostico-terapeutica per gravi patologie o interventi chirurgici complessi, talvolta supportati da videochiamate da parte di medici. Sono altresì previste forme di protezione per i figli con meno di 24 anni, conviventi con il contraente, per gli infortuni occorsi nello svolgimento di attività scolastiche o nel tempo libero. Il riconoscimento di sconti sul premio in funzione della numerosità del gruppo assicurato caratterizza l'offerta di una nuova

---

<sup>1</sup> Si consulti al riguardo anche il report IVASS a cadenza semestrale "Analisi trend offerta prodotti assicurativi".  
<https://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche>

polizza che copre eventi collegati alla salute prevedendo l'estensione delle garanzie non solo ai componenti della famiglia, ma anche a terzi, indipendentemente dall'appartenenza al nucleo familiare e da vincoli di convivenza. Altra novità riguarda l'emissione di polizze che prevedono garanzie specificamente dedicate ad assicurati di età superiore al limite normalmente assicurabile di 70 anni;

- polizze vita che offrano copertura anche in caso di malattia o di perdita d'impiego; polizze malattia che copre anche i casi di infortunio; a titolo esemplificativo, invalidità permanente da infortunio o da malattia, indennità giornaliera da ricovero per infortunio e malattia, capitali assicurati per premorienza a seguito di infortunio o malattia, rimborso spese mediche e odontoiatriche, "check up" sanitari, rimborsi spese mediche e segnatamente per grandi interventi chirurgici e per "gravi malattie"; c.d. **micropolizze** nelle quali le compagnie propongono, nella maggioranza dei casi attraverso piattaforme tecnologiche, direttamente al cliente, delle coperture temporanee, talora di brevissima durata, calibrate sulle sue precise esigenze nel momento esatto in cui può averne bisogno (c.d. offerte tipo *instant insurance, digital health*). Trattasi di offerte assicurative semplici, facilmente accessibili e con costi a carico della clientela molto contenuti che nel processo d'acquisto si prestano alla vendita in abbinamento ad altri servizi e sempre più spesso in mobilità e in viaggio. Ad esempio garanzia infortuni dei conducenti legata alla circolazione, sia di durata annuale che di breve durata, queste ultime sovente connesse con operazioni di *car sharing* o a noleggio (in alcuni casi anche di biciclette e scooter); assicurazioni infortuni per attività sportive non agonistiche (ad es. lo sci per un giorno). Inoltre un forte sviluppo nel numero dei contratti assicurativi è da attribuire all'evoluzione tecnologica che si propone con forza nel mercato assicurativo sulla salute che rende sempre più agevole l'offerta di servizi accessori a chi sottoscrive polizze sanitarie e/o infortuni. In tale ambito si sfruttano le potenzialità delle piattaforme digitali per offrire, oltre che coperture salute, anche servizi di prevenzione ovvero orientate al *wellness*. La compagnia di assicurazione interviene in questo processo mirando ad assumere sempre più un ruolo di consulente a 360° per la risoluzione di problemi causati dai danni a persone e beni grazie al supporto di *app* e ad un ecosistema digitale che ruota attorno alla prestazione dei servizi, con l'obiettivo di fornire un'assistenza *customer* centrica: maggiore assistenza al cliente e con diverse modalità, ossia quando lo desidera e in modalità *digital*, al momento dell'emergenza, in mobilità e in viaggio. Quindi la tecnologia assume un ruolo determinante nei piani operativi delle imprese rispondenti anche all'esigenza di rendere facilmente accessibili alla clientela micropolizze con coperture assicurative temporanee e *on demand* e in linea con le funzionalità via *web* e in mobilità, che pertanto oggi sono a disposizione di un'ampia platea di utenti e si conferma come uno dei fattori propulsori dei cambiamenti in atto nelle interazioni tra l'assicuratore e i consumatori. Si moltiplicano le *partnership* tra *startup insurtech* e compagnie assicurative e alcuni gruppi assicurativi stanno investendo molto nelle sinergie con startup che si occupano della salute digitale<sup>2</sup>. Specifiche soluzioni nel comparto salute vengono offerte al mondo del volontariato e al settore *no profit* (associazioni di volontariato e promozione sociale, cooperative sociali operanti nei settori socio-educativi e assistenziali, fondazioni, il mondo

---

<sup>2</sup> Si veda al riguardo quanto trattato nel Report "Le nuove polizze sulla salute: La Digital Health Insurance" [https://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/documenti/Digital\\_health\\_insurance.pdf](https://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/documenti/Digital_health_insurance.pdf)

della disabilità etc.) per coperture che, ottemperando agli obblighi previsti dalla legge quadro sul volontariato n. 266/91, prevedono: garanzie infortuni e malattia, a tutela sia delle Associazioni sia dei loro volontari durante lo svolgimento di attività per conto delle Associazioni stesse;

- assicurazioni assistenza in caso di viaggio nelle quali possono essere garantite, tra l'altro, l'assistenza sanitaria senza limiti e massimali, 24 ore su 24, il rimborso delle spese mediche e la protezione totale da infortuni ovunque nel mondo, ecc.;
- polizze PPI (*Payment protection insurance*) e CPI (*Credit protection insurance*), tramite le quali il debitore è coperto dal rischio di non riuscire, per determinate e ben specificate ragioni a ripagare un prestito, sia esso sotto forma di mutuo ipotecario o di prestito personale. I prodotti di finanziamento che più frequentemente vengono coperti dalle polizze PPI sono quindi i mutui immobiliari e le varie forme di credito ai consumatori, quali i finanziamenti revolving concessi con carte di credito, i prestiti personali e i prestiti contro cessione del quinto dello stipendio o della pensione. Con l'espressione "credito al consumo" si intendono le forme di finanziamento con le quali le banche o le società finanziarie concedono prestiti ad un consumatore, inteso come persona fisica che non agisce in qualità di imprenditore o professionista, per l'acquisto di beni e servizi o per soddisfare esigenze di natura personale (credito non finalizzato, ad esempio il prestito personale). Nello specifico, le garanzie assicurative sono attivate in caso di morte o di sopraggiunta difficoltà, causata da eventi come infortuni, malattia o perdita del lavoro (perdita di impiego) oppure incendio e scoppio dell'immobile ipotecato. Nel caso in cui, in abbinamento al finanziamento sia sottoscritta una copertura infortuni e/o malattia, tale copertura permette di mantenere gli impegni finanziari assunti con la banca e di salvaguardare il patrimonio del debitore e quello della sua famiglia, sollevando il debitore dall'onere di dover sopportare il peso economico del pagamento delle rate del prestito in momenti di particolare difficoltà dovuta a problemi di salute. Da ricordare che la polizza infortuni copre gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna che provocano lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea; tali polizze sono consigliabili a chi svolge attività lavorative autonome. L'invalidità permanente si verifica quando i danni subiti a causa dell'infortunio non sono reversibili e anzi condizioneranno tutta la vita futura dell'assicurato, impedendone l'attività lavorativa. L'inabilità temporanea, invece, è la perdita della capacità lavorativa per un lasso limitato di tempo e l'indennizzo generalmente previsto in questo caso è utile per coprire almeno alcune delle rate in scadenza durante il periodo di inattività dell'assicurato. In caso di decesso per infortunio l'indennizzo viene corrisposto al beneficiario indicato in polizza o, se non specificato, agli eredi in parti uguali.

Le coperture malattia coprono, invece, il caso in cui l'assicurato-debitore non riesca a svolgere la propria occupazione a causa di un'alterazione dello stato di salute che non dipenda da infortunio ma da una causa endogena e non violenta.

Un'unica polizza PPI o CPI, quindi, offre protezione in relazione a eventi diversi che, comunque, hanno come conseguenza quella di pregiudicare la capacità del debitore di rimborsare il prestito. Molto spesso le polizze PPI sono quindi costruite come "pacchetti multirischio", che abbinano coperture vita e danni (ad esempio, un'assicurazione sulla vita e una polizza per il caso di malattia o infortunio e, a volte, la perdita d'impiego) prestate anche

da differenti imprese di assicurazione, per lo più appartenenti allo stesso gruppo. Le polizze di cui parliamo sono stipulate al momento della conclusione del contratto di mutuo o di finanziamento al quale sono connesse e, solitamente, prevedono un premio unico che si aggiunge al capitale finanziato. Le polizze connesse ai finanziamenti possono essere stipulate in forma individuale o in forma collettiva.

Per la quasi totalità i premi vengono acquisiti attraverso polizze collettive in cui il contraente nei confronti della compagnia assicuratrice è la banca o la finanziaria che eroga il finanziamento e il cliente aderisce individualmente alla polizza in qualità di assicurato. Le polizze connesse ai finanziamenti possono essere stipulate in forma individuale o in forma collettiva. Nelle polizze collettive i contraenti sono le banche o le società finanziarie che hanno stipulato convenzioni (c.d. “polizza convenzione”) con le imprese di assicurazione. In questo caso gli assicurati sono i consumatori/debitori che aderiscono alla polizza, sottoscrivendo un modulo di adesione, e sostengono l’onere economico del pagamento del premio. Le polizze collettive rappresentano la forma più diffusa di PPI. Nei contratti individuali, invece, i contraenti delle polizze sono i singoli debitori che devono rimborsare il finanziamento;

- **Utile degli investimenti:** quota dell’utile netto degli investimenti trasferita dal conto economico - conto non tecnico, al conto tecnico dei rami danni come stabilito all’articolo 55, comma 1, del decreto legislativo 26 maggio 1997, n. 173. La quota dell’utile netto degli investimenti da trasferire al conto tecnico dei danni è pari all’ammontare dei proventi da investimenti al netto dell’importo degli oneri patrimoniali e finanziari iscritti nel conto non tecnico dei rami danni, in proporzione al peso che hanno le riserve tecniche sul totale complessivo dato dalla somma delle medesime riserve tecniche rapportata alla somma delle riserve tecniche, del patrimonio netto e delle passività subordinate. Successivamente, l’assegnazione della quota dell’utile degli investimenti ai rischi del lavoro diretto, nell’ambito di ciascun ramo danni, è effettuata in base all’incidenza delle riserve tecniche nette del lavoro diretto sull’ammontare delle stesse riserve tecniche nette di ramo del lavoro diretto e indiretto: il residuo importo è assegnato al lavoro indiretto.
- **Validità (del contratto)** – Il periodo che va dalla data di perfezionamento del contratto di assicurazione alla data di scadenza stabilita. Il contratto valido è anche efficace e quindi produce effetti, generalmente dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fatti salvi eventuali periodi di carenza o di franchigia.
- **Velocità di liquidazione dei sinistri** – Rapporto tra numero (o importo) di sinistri gestiti pagati in un determinato esercizio e numero (o importo) dei sinistri con seguito (pagati e riservati) nel medesimo esercizio.