

## **Allegato esemplificativo al Regolamento IVASS n. 27 del 26 luglio 2016**

### **Esempio 1 - Applicazione dell'articolo 4, comma 2 del Regolamento**

#### **Disposizioni generali di calcolo**

Si consideri il caso dello scenario di un incidente di massa in uno stadio che comporta in un gran numero di persone ferite.

Le cause di un tale incidente possono essere state varie, ad esempio un attacco terroristico, un'esplosione non causata da terroristi o un collasso strutturale (per cedimento del terreno, terremoto, difetto di costruzione, ecc).

Anche nel caso in cui nei contratti sia esplicitamente escluso qualsiasi risarcimento per sinistri in cui la causa è una fra quelle che ha causato l'incidente (ad es. l'attacco terroristico), l'impresa non deve ritenere che la propria esposizione a un tale scenario sia nulla, poiché lo stesso incidente, e le sue conseguenze, potrebbe avere anche altre cause oltre all'attacco terroristico.

### **Esempio 2 - Applicazione dell'articolo 5, comma 2 del Regolamento**

#### **Calcolo delle prestazioni supplementari caso morte erogate tramite pagamenti ricorrenti**

Le caratteristiche demografiche pertinenti da utilizzare ai fini del calcolo includono, in via esemplificativa ma non esaustiva, anche la percentuale delle persone sposate, il numero dei figli nonché l'età e il sesso dei beneficiari.

### **Esempio 3 - Applicazione dell'articolo 6 del Regolamento**

#### **Determinazione della proporzione di prestazioni che si prevede di pagare in un'unica soluzione**

Nel determinare la proporzione di prestazioni che si prevede di pagare in un'unica soluzione come previsto nell'articolo 6, comma 1, le imprese utilizzano tutte le informazioni statistiche e contrattuali disponibili e pertinenti, incluse anche:

- le condizioni alle quali la prestazione può essere corrisposta in un'unica soluzione
- la discrezionalità dell'impresa di scegliere se provvedere a pagamenti ricorrenti o al pagamento in un'unica soluzione
- la compatibilità di ciascuna modalità di pagamento (unica soluzione/pagamenti ricorrenti) con le ipotesi sottostanti lo scenario e con il fatto che le persone infortunate siano in situazione di invalidità permanente
- dati storici sulla proporzione dei sinistri con invalidità permanente pagati in un'unica soluzione

Si consideri a titolo esemplificativo un'impresa che si è impegnata a fornire una prestazione agli assicurati in caso di:

- invalidità temporanea;
- invalidità permanente di tipo 1;
- invalidità permanente di tipo 2;
- invalidità permanente di tipo 3.

Questa impresa, sulla base dei propri dati storici sui sinistri per infortunio, può ricavare le seguenti statistiche: tra tutte le persone considerate come permanentemente invalide:

- 50% sono state inizialmente considerate come temporaneamente invalide;
- 10% sono state inizialmente considerate come invalide di tipo 1;

- 35% sono state inizialmente considerate come invalide di tipo 2;
- 5% sono state inizialmente considerate come invalide di tipo 3.

Inoltre, secondo le condizioni ed i termini di contratto, i pagamenti ricorrenti possono essere attuati solo nei confronti delle persone temporaneamente invalide oppure con invalidità permanente solo di tipo 1 e 2, mentre le persone invalide di tipo 3 ricevono pagamenti in un'unica soluzione.

Sulla base di queste informazioni statistiche e contrattuali, nel calcolo degli importi delle prestazioni per invalidità permanente, l'impresa otterrà come risultato della fase 1 una proporzione del 5%.

#### **Esempio 4 - Applicazione dell'articolo 6 del Regolamento**

##### **Calcolo delle prestazioni nel caso in cui l'ammontare dei pagamenti dipenda dal grado di invalidità dei soggetti interessati**

Per illustrare l'utilizzo di una distribuzione di gradi di invalidità secondo quanto previsto dall'articolo 6, comma 3, si consideri un prodotto con la garanzia per l'invalidità con la seguente struttura di prestazioni (dove x indica il grado di invalidità):

- per un grado di invalidità compreso tra 0% e 33%, nessuna prestazione;
- per un grado di invalidità compreso tra 33% e 67%, la prestazione è costituita da un pagamento ricorrente pari a  $100*x$ ;
- per un grado di invalidità superiore a 67%, la prestazione è costituita da un pagamento ricorrente pari a 67.

Sulla base delle stime dell'impresa, a seguito di un incidente:

- il 20% delle persone ha un'invalidità compresa tra 0% e 33%;

- il 60% delle persone ha un'invalidità compresa tra 33% e 67%, uniformemente distribuita;
- il 20% delle persone ha un'invalidità superiore a 67%.

Sulla base di questi dati, l'impresa considera per ogni persona interessata un pagamento ricorrente medio di:

$$0 * 20\% + 50 * 60\% + 67 * 20\% = 43.4$$

dove il valore di 50 è utilizzato come media della distribuzione uniforme compresa tra 33% e 67%.

Se l'impresa non è in grado di produrre una distribuzione di gradi di invalidità che sia fondata e giustificabile, essa considera per ogni persona infortunata un importo di 67, cioè l'importo massimo possibile.

Una volta che i pagamenti ricorrenti siano stati determinati per ogni persona interessata, il calcolo del valore delle prestazioni viene ricavato senza particolari specificità, applicando le disposizioni regolamentari.

## **Esempio 5 – Applicazione dell'articolo 7 del Regolamento**

### **Durata dell'invalidità temporanea - scenari**

Poiché "invalidità di 10 anni" e "invalidità di 12 mesi" rappresentano degli scenari, l'impresa ipotizza il caso in cui l'assicurato sia invalido per un periodo di 10 anni/12 mesi, escludendo dal calcolo tutte le cause di uscita dalla situazione di invalidità: i calcoli non tengono dunque conto delle tavole di recupero o di mortalità.

Tali scenari dovrebbero essere applicati al portafoglio esistente, anche se questo include un periodo più breve per le prestazioni.

Si consideri un'impresa che offre una garanzia per un'invalidità temporanea di durata 3 anni. Lo scenario catastrofale prevede che  $x\%$  delle persone interessate siano invalide per 10 anni. In ogni caso, in termini finanziari, l'impresa dovrà pagare le prestazioni garantite per un periodo di 3 anni all' $x\%$  delle persone interessate dallo scenario in questione: anche se si tratta di uno scenario di un'invalidità di durata 10 anni e se l'impresa con il suo prodotto ne copre solo 3, l'impresa è inclusa nello scenario.

## **Esempio 6 – Applicazione dell'articolo 11 del Regolamento**

### **Calcolo della miglior stima degli importi per spese mediche**

Ai fine del calcolo della miglior stima degli importi per spese mediche, le imprese dovrebbero prendere in considerazione il tasso di inflazione attesa nei pagamenti medici, se la durata attesa di una terapia medica è maggiore di un anno. Lo stesso tasso viene considerato nella stima del costo medio dei sinistri per l'uso di una singola terapia nella tipologia "nessun ricorso ad assistenza medica formale";

Inoltre, si sottolinea che il costo medio dei sinistri nella tipologia "nessun ricorso ad assistenza medica formale" può essere maggiore di zero. In particolare, questo accade nel caso di una garanzia per le spese mediche che consente il rimborso delle medicine acquistate senza prescrizione medica: in questa situazione, i relativi costi devono essere considerati nel calcolo;

Se mancano i dati pertinenti, l'impresa può utilizzare il giudizio esperto per stimare il costo medio dei sinistri per l'utilizzo singolo di ogni terapia medica.