



GLOSSARIO

*Allegato al Bollettino Statistico
L'attività assicurativa nel
comparto property e nel ramo r.c. generale
(2013-2018)
Anno VII - n. 3, marzo 2020*

GLOSSARIO

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 (costi diversi da quelli specificati nella voce Provvigioni di acquisizione, vedi *infra*), 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.
- **Attività assicurativa** – L'assunzione e la gestione dei rischi effettuata da un'impresa di assicurazione.
- **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** – E' 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. Nelle polizze di responsabilità civile generale la franchigia prevede che, a fronte di un premio più contenuto, l'assicurato si obblighi a sostenere una parte del costo del risarcimento pagato dall'impresa al terzo danneggiato. Si tratta di un importo fissato in valore assoluto in relazione ad ogni sinistro o ad ogni periodo di assicurazione e può essere di due tipi: "fissa o assoluta" oppure "semplice o relativa". Se le condizioni di polizza prevedono una franchigia c.d. "fissa o assoluta" di importo pari a 100 euro, significa ad esempio che, in caso di assicurazione della r.c. generale, la compagnia non rimborserà il risarcimento pagato dall'assicurato al terzo danneggiato quando questo sia di importo inferiore a 100 euro e, a fronte di un risarcimento di maggior importo, supponiamo di 150 euro, rimborserà all'assicurato esclusivamente l'importo eccedente, vale a dire 50 euro. Se le condizioni di polizza prevedono una franchigia c.d. "semplice o relativa" di importo pari a 100 euro, significa ad esempio che, sempre nel caso di assicurazione della r.c. generale, la compagnia non rimborserà il risarcimento di importo inferiore a 100 euro pagato dall'assicurato al terzo danneggiato ma, a fronte di un risarcimento di maggior importo, supponiamo di 150 euro, rimborserà integralmente e senza alcuna detrazione l'assicurato, vale a dire l'intera somma di 150 euro.
- **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;
 - 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.
- **Incendio** – Combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto-estendersi e propagarsi.
- **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.
- **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.
- **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.

- **Massimale di garanzia** – Somma massima pattuita che l'impresa è tenuta a pagare in caso di sinistro ed è stabilita dall'impresa in funzione dell'entità del premio. 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.
- **Premi del lavoro diretto italiano** – Premi, contabilizzati nell'anno, raccolti presso la clientela diretta (sono quindi esclusi i premi raccolti in riassicurazione) al lordo delle cessioni in riassicurazione e al netto degli oneri fiscali e parafiscali e degli annullamenti per inesigibilità o per sostituzione.
- **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;
- d) i sovrappremi per frazionamento di premio e le prestazioni accessorie degli assicurati destinate a coprire le spese dell'impresa;
- c) 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 8 – Incendio ed elementi naturali:** ogni danno subito dai beni (diversi dai beni compresi nei rami 3. *Corpi di veicoli terrestri* - ogni danno subito da: veicoli terrestri automotori; veicoli terrestri non automotori -; 4. *Corpi di veicoli ferroviari* - ogni danno subito da veicoli ferroviari -; 5. *Corpi di veicoli aeree* - ogni danno subito da veicoli aerei -; 6. *Corpi di veicoli marittimi, lacustri e fluviali* - ogni danno subito da: veicoli fluviali; veicoli lacustri; veicoli marittimi -; 7. *Merci trasportate*, compresi merci, bagagli e ogni altro bene - ogni danno subito dalle merci trasportate o dai bagagli, indipendentemente dalla natura del mezzo di trasporto) causato da: incendio; esplosione; tempesta; elementi naturali diversi dalla tempesta; energia nucleare; cedimento del terreno;
- **Ramo 9 – Altri danni ai beni:** ogni danno subito dai beni (diversi dai beni compresi nei rami 3. *Corpi di veicoli terrestri* - ogni danno subito da: veicoli terrestri automotori; veicoli terrestri non automotori -; 4. *Corpi di veicoli ferroviari* - ogni danno subito da veicoli ferroviari -; 5. *Corpi di veicoli aeree* - ogni danno subito da veicoli aerei -; 6. *Corpi di veicoli marittimi, lacustri e fluviali* - ogni danno subito da: veicoli fluviali; veicoli lacustri; veicoli marittimi -; 7. *Merci trasportate*, compresi merci, bagagli e ogni altro bene - ogni danno subito dalle merci trasportate o dai bagagli, indipendentemente dalla natura del mezzo di trasporto) causato dalla grandine o dal gelo, nonché da qualsiasi altro evento, quale il furto, diverso da quelli compresi al Ramo. 8 – Incendio ed elementi naturali;
- **Ramo 13. Responsabilità civile generale¹** – Ogni responsabilità diversa da quelle menzionate nei rami 10 (Responsabilità civile autoveicoli terrestri), 11 (r.c. aeromobili) e 12 (r.c. natanti), compresa la responsabilità del vettore. Per polizza di assicurazione della responsabilità civile si intende il contratto di assicurazione con il quale la compagnia assicurativa si impegna a **coprire/tutelare** il patrimonio del soggetto assicurato da richieste di risarcimento danni, in caso di sinistri **involontariamente causati a terzi** e del quale l'assicurato è **responsabile**. In questo tipo di contratti, pertanto, il rischio coperto da garanzia è costituito da due elementi imprescindibili:
 - il primo è dato dal verificarsi di un fatto colposo (per negligenza o imprudenza ad esempio), e non accidentale, che, causando danni a terzi, dà origine all'obbligo di risarcimento;
 - il secondo è dato da una richiesta di risarcimento formulata dal danneggiato all'assicurato; tuttavia, non sempre il danno si manifesta subito dopo il comportamento che l'ha causato.

Pertanto, **il danno causato con dolo, cioè volontariamente, non può in nessun caso essere assicurato.**

Quindi, sottoscrivendo una copertura assicurativa sulla responsabilità civile, alla sola condizione che i danni siano stati causati involontariamente, interviene la compagnia di assicurazione che, a protezione del patrimonio del soggetto assicurato, rimborsa quanto pagato al danneggiato. In altre parole, in presenza dei presupposti specificati nelle condizioni del contratto, la compagnia indennizza il proprio assicurato di quanto da questi dovuto, o già versato, al terzo a titolo di

¹ Si consulti per un esame dettagliato, il portale di “Educazione Assicurativa” dell’IVASS, www.educazioneassicurativa.it

risarcimento del danno di cui si è reso, direttamente o indirettamente, responsabile. Tuttavia, la compagnia, nel limite del massimale di polizza, ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al danneggiato; è obbligata, se l'assicurato lo richiede, al pagamento diretto al danneggiato; può anche anticipare all'assicurato l'importo dovuto al terzo.

La garanzia non copre i rischi collegati a qualunque possibile responsabilità civile, genericamente intesa, in cui possa incorrere l'assicurato, ma unicamente alla specie di responsabilità esplicitamente prevista nel contratto di assicurazione.

Sul mercato esistono **differenti tipologie di prodotto che assicura la responsabilità civile**, in base alla copertura dei danni che si desidera tutelare. Tali prodotti interessano, quindi, chiunque sia esposto al rischio di causare danni a terzi. La polizza può coprire danni causati direttamente dall'assicurato, per esempio quelli che un medico nel corso dell'attività professionale può involontariamente causare a un proprio paziente, oppure danni causati da persone, animali o cose di cui l'assicurato è responsabile (ad esempio un figlio minore, un domestico, il cane, la caduta di un vaso, mal posto sul davanzale di una finestra, che abbia provocato lesioni a un passante: per garantirsi dal rischio che accada un evento di tal genere) occorre sottoscrivere una polizza di responsabilità civile del capofamiglia.

Si ricorda che sono due le **clausole**, alternative tra loro, che contraddistinguono le polizze di responsabilità civile generale:

- con le clausole **loss occurrence** la garanzia è efficace solo per i fatti avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza (a prescindere dalle date della richiesta di risarcimento del danneggiato e della denuncia del sinistro dell'assicurato). Rileva, quindi, soltanto il primo elemento del rischio coperto da garanzia, ossia il verificarsi del comportamento negligente o colpevole che ha prodotto o potrà produrre effetti dannosi su terzi. Per esempio, nel caso di un errore medico, la garanzia è efficace in relazione al momento in cui è stato effettuato l'intervento mal riuscito, indipendentemente dal momento in cui il danneggiato chiede o chiederà il risarcimento. Ciò significa che l'impresa è tenuta a indennizzare il medico, proprio assicurato, anche molti anni dopo l'intervento mal riuscito (anche quando non sia stata da questi rinnovata la copertura e, conseguentemente, non sussista più alcun rapporto tra assicurato e assicuratore), purché l'intervento che ha procurato il danno sia stato effettuato nel periodo di validità della polizza, cioè in un tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza della polizza;
- con le clausole **claims made**, invece, la garanzia ha efficacia sempre per fatto caratterizzato da negligenza o colpevolezza che ha provocato il danno, anche se è avvenuto in un periodo precedente la stipula del contratto, ma delimitato espressamente in polizza. Inoltre, la garanzia copre anche i danni derivanti da fatti che si sono verificati in corso di contratto, ma solo se questi vengono denunciati entro uno specifico termine previsto in polizza, seppure successivo alla sua data di scadenza. Non copre invece quelli che, pur essendosi verificati in corso di contratto, vengono denunciati oltre detto termine.

Nell'esempio di prima, con la polizza *claims made* l'assicurazione si farebbe carico del sinistro:

- sia nel caso in cui il responsabile dei danni al terzo ricevesse, in vigenza di contratto, una richiesta di risarcimento riferita ad un danno subito prima della data di effetto della garanzia;

- sia se la richiesta del danneggiato, riferita ad un evento verificatosi in vigenza di contratto, pervenisse entro un termine successivo alla data di scadenza del contratto stesso, ma entro quello espressamente stabilito nelle condizioni di polizza.

Nell'ambito del ramo assicurativo della **responsabilità civile generale** occorre distinguere tra garanzie di r.c. obbligatorie per legge e altre garanzie di r.c. non obbligatorie.

Le assicurazioni obbligatorie, per la maggior parte riferibili ad attività professionali², industriali o in genere produttive, sportive, etc., sono regolate da condizioni di contratto principalmente dettate dalle norme di legge che ne hanno introdotto l'obbligatorietà, relative all'insieme dei rischi da coprire, ai minimi di massimale, alle esclusioni, etc. Nelle assicurazioni di responsabilità civile obbligatorie normalmente la legge che ne ha introdotto l'obbligatorietà fissa il limite minimo (c.d. massimale minimo di legge), al di sotto del quale le imprese non possono scendere. In tutti i casi, l'eventuale parte del risarcimento, dovuto al terzo dall'assicurato responsabile del danno, che eccede il massimale di garanzia rimane a carico dell'assicurato stesso.

Tra le **garanzie obbligatorie** si ricordano:

- **le garanzie di “r.c. professionale medica”**. I medici iscritti all'Albo della professione medica sono tenuti a sottoscrivere una polizza di responsabilità civile professionale che protegge l'assicurato, cioè il medico, dal dover rispondere alle richieste di risarcimento avanzate da terzi, cioè i pazienti, durante il periodo di validità della polizza, in conseguenza di errori **professionali commessi dal medico stesso nello svolgimento dell'attività lavorativa**. Da non confondere con le garanzie di “r.c. professionale medica” sono le garanzie che assicurano la copertura della colpa grave, per tutelare ulteriormente il professionista sanitario. È una garanzia accessoria a quella per la r.c. sanitaria che il professionista stipula assieme a quest'ultima o da sola. Con tale copertura assicurativa tali professionisti della salute che operano presso una struttura sanitaria pubblica o privata sono tenuti a tutelarsi con una polizza per colpa grave, a garanzia dell'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria. Tale azione può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave promuovibile nei loro confronti dalla struttura stessa o dall'impresa assicurativa che offre copertura a quest'ultima. Nel loro complesso trattasi, *latu sensu*, dei noti casi di responsabilità civile sanitaria c.d. *medical malpractice*³ della cui rilevanza e rilievo dal punto di vista statistico ed economico si occupa una specifica pubblicazione dell'IVASS⁴ a cadenza annuale;
- **le garanzie di “r.c. professionale costruttori”**⁵. La legge impone al costruttore di immobili l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa, di durata decennale e con effetto dalla data di

² Di recente, la legge Gelli-Bianco n. 24 dell'8 marzo 2017, la legge c.d. Concorrenza emanata nel successivo mese di agosto e i D.M. Giustizia del 22 settembre 2016 e 10 ottobre 2017 hanno esteso la platea dei professionisti obbligati a stipulare l'assicurazione a tutela dei diritti dei propri clienti, definendo le garanzie minime dei relativi contratti e la durata delle coperture. A questo proposito, in particolare, sono state previste clausole di retroattività e ultrattività delle garanzie a maggior tutela del consumatore e del professionista. Per maggiori dettagli si veda la sezione Normativa del portale “educazione assicurativa” <http://www.educazioneassicurativa.it/normativa/>

³ Vedasi sul tema anche la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”.

⁴ Cfr. Bollettino Statistico IVASS n. 12/2019 (“*I rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia 2010-2018*”), <https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2019/n-12/index.html>

⁵ Vedasi l'art. 1669 del codice civile per i danni causati a terzi che il costruttore è tenuto a risarcire.

ultimazione dei lavori, a beneficio dell'acquirente dell'immobile di nuova costruzione. la garanzia riguarda sia i danni materiali e diretti causati all'immobile, cioè la rovina totale o parziale, gravi difetti costruttivi, vizio del suolo comunque manifestatisi successivamente alla stipula del contratto definitivo di compravendita o di assegnazione, sia i danni causati a terzi che il costruttore è tenuto a risarcire.

- **le garanzie di “r.c. professionale intermediari assicurativi e riassicurativi”⁶**. Ai fini dell'iscrizione nella sezione del Registro unico elettronico degli intermediari assicurativi, anche a titolo accessorio, e riassicurativi, l'intermediario deve stipulare una polizza di assicurazione della responsabilità civile per l'attività svolta in forza dell'iscrizione al Registro stesso, valida in tutto il territorio dell'Unione europea, per danni arrecati da negligenze ed errori professionali propri ovvero da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato deve rispondere a norma di legge.

Le assicurazioni non obbligatorie sono, invece, regolate da condizioni di contratto concordate dalle parti che le sottoscrivono, l'assicurato e la compagnia, sulla base delle esigenze del primo e delle prestazioni che la seconda intende impegnarsi a rendere, a fronte del premio che l'assicurato è disposto a pagare come corrispettivo. Tra le polizze **non obbligatorie** di responsabilità civile si ricordano le polizze di “responsabilità civile del capofamiglia”. Tali polizze sono normalmente *abbinate ad altri contratti assicurativi* che offrono diverse coperture a tutela del patrimonio *familiare o del singolo*. Per esempio, molte polizze prevedono anche la copertura dei danni subiti dall'assicurato in caso di incendio o furto presso la propria abitazione, indipendentemente dalla circostanza che si siano prodotti danni a terzi.

- **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.
- **Risarcimento** (di un sinistro) – Somma corrisposta dalla compagnia al terzo danneggiato in caso di sinistro per le garanzie di responsabilità civile.
- **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

⁶ Codice delle assicurazioni private, decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, Titolo IX – Attività di distribuzione assicurativa e riassicurativa.

data, nella misura in cui il costo atteso di tali rischi superi quello della stessa riserva per frazioni di premi maggiorata dei premi che saranno esigibili in virtù di tali contratti.

Le imprese che esercitano le assicurazioni della grandine e delle altre calamità naturali (terremoto, maremoto, eruzione vulcanica e fenomeni connessi) e quelle dei danni derivanti dall'energia nucleare integrano la riserva per frazioni di premi alla fine di ciascuno esercizio sulla base dei criteri definiti dal Regolamento ISVAP n. 16/2008 e successive modifiche e integrazioni.

- **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 sulla base di dati storici e prospettici affidabili e comunque delle caratteristiche specifiche dell'impresa.

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 (IBNR)**, 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 *property* e per il ramo r.c. generale⁷** – Accantonamenti da costituire da parte delle imprese di assicurazione, che devono essere sempre sufficienti a far

⁷ Per approfondimenti sul tema si vedano: il Regolamento ISVAP n. 16 del 4 marzo 2008 (concernente le disposizioni ed i metodi di valutazione per la determinazione delle riserve tecniche dei rami danni) e il Regolamento ISVAP n. 22 del 4 aprile 2008 (concernente le disposizioni e gli schemi per la redazione del bilancio di esercizio e della relazione semestrale delle imprese di assicurazione e di riassicurazione) e le successive disposizioni integrative e modificative.

fronte, per quanto ragionevolmente prevedibile, agli impegni derivanti dai contratti di assicurazione. Sono date dalla somma delle riserve premi, riserve sinistri, della riserva per sinistri avvenuti ma non ancora denunciati, delle riserve per partecipazione agli utili e ristorni, delle riserve di perequazione e delle riserve speciali.

- **Riserve tecniche di perequazione** – Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni costituiscono, salvo che nel ramo credito e cauzioni, una riserva di perequazione per i rischi di calamità naturale e per i danni derivanti dall'energia nucleare, diretta a compensare nel tempo l'andamento della sinistrosità, secondo le condizioni e le modalità fissate con decreto emanato dal Ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito l'IVASS.

Fino all'emanazione di quest'ultimo decreto del Ministero dello Sviluppo Economico, per il calcolo delle riserve di perequazione per i rischi di calamità naturali si applicano le disposizioni di cui al decreto ministeriale n. 705 del 19 novembre 1996.

- **Ristorni e partecipazioni agli utili** – Il conto accoglie 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** – 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:
 - **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;
 - **Contributi** ossia tutti i contributi;
 - **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 voce comprende, altresì, le svalutazioni per inesigibilità di crediti verso assicurati per premi dell'esercizio, effettuate alla chiusura dell'esercizio stesso, e degli esercizi precedenti.

- **Variazione delle riserve tecniche diverse:** nella quale ricade la variazione della riserva per partecipazione agli utili e ristorni, 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.
- **Sinistro** – Verificarsi dell'evento per il quale è prevista la prestazione della compagnia, a garanzia del rischio assicurato.
- **Sinistri con seguito** – Sinistri denunciati per i quali sia stato effettuato un pagamento o sia stato iscritto a riserva 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 tardivi (IBNR), 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.
- **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.
- **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 altre spese di amministrazione comprendono 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, le spese di spegnimento e i danni d'acqua nel ramo incendio.
- **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 Incendio-elementi naturali, Altri danni ai beni ed r.c. generale (si consulti per un esame dettagliato, il portale di "Educazione Assicurativa" dell'IVASS, www.educazioneassicurativa.it) è in buona parte riconducibile alla forte e talora crescente diffusione in Italia delle:

- assicurazioni multirischio contro i danni alle abitazioni civili o dei fabbricati, civili o aziendali, in caso di incendio, scoppio, esplosione o eventi naturali come alluvioni, terremoti, trombe d'aria e fulmini. Sono prodotti particolarmente indicati per chi possiede abitazioni,

fabbricati, stabilimenti produttivi, aziende commerciali, uffici o depositi, e qualsiasi proprietà a rischio di incendio. Sono sostanzialmente polizze che comprendono la copertura assicurativa di molteplici rischi diversi fra loro come il furto, l'incendio e la responsabilità civile, talvolta con presenza di vincolo a favore di terzi nella copertura assicurativa, come, ad esempio, nel caso di coperture assicurative incendio e scoppio connesse a mutui immobiliari per l'acquisto dell'abitazione, che proteggono l'immobile, **posto a garanzia del mutuo, contro numerosi eventi** – come ad esempio incendio, scoppio, fulmine, esplosione - **per tutta la durata del finanziamento. Nelle polizze multirischio** vi è di solito la presenza di copertura assicurativa incendio del contenuto (mobilio, arredamento in genere, raccolte, collezioni, valori e preziosi, capi di vestiario, attrezzature, scorte domestiche, elettrodomestici, impianti d'allarme). Sono invece poco diffuse, sempre nell'ambito delle coperture incendio ed elementi naturali, quelle che coprono **eventi catastrofici** come il terremoto, congiuntamente o senza la copertura del rischio generale incendio. La diffusione dell'assicurazione contro le calamità naturali è superiore per gli edifici industriali e commerciali, ma il suo livello è ancora insoddisfacente. Ad arricchire l'offerta di prodotti a protezione da eventi catastrofici quali terremoto, alluvione e inondazione, spesso specificamente rivolti ai condomini, si aggiunge un prodotto destinato a edifici di piccole dimensioni (fino ad 8 unità abitative) per i quali, oltre alla copertura dei danni alla proprietà, sono previste cure di assistenza psicologica ai condòmini, qualora il terremoto o l'alluvione comporti inagibilità dell'abitazione, lesioni personali gravi e gravissime o la morte. In caso di danno al fabbricato di importo non superiore a una certa soglia viene anche offerto un servizio di riparazione diretta del danno da parte di un tecnico specializzato, senza dover sostenere alcuna spesa;

assicurazioni monorischio: sono coperture che assicurano il solo rischio incendio delle abitazioni, anche qui con la variante **incendio e scoppio** sopra precisata e con presenza di vincolo a favore di terzi nella copertura assicurativa connessa con mutui immobiliari per l'acquisto dell'abitazione. Anche in tal caso hanno finora avuto scarsa diffusione le coperture dei sopra indicati eventi catastrofici. Quindi, le coperture incendio e scoppio sono coperture utilizzate soprattutto nel caso si ottenga un mutuo per l'acquisto di un immobile. Con tali coperture, infatti, il proprietario dell'immobile è tutelato dal rischio della perdita o della rovina dell'immobile (o di una sua consistente diminuzione di valore) causata da un incendio, un'esplosione, uno scoppio provocato dalla perdita di gas o da un fulmine; le polizze possono prevedere, a richiesta, l'inserimento di altre coperture rientranti nel ramo r.c. generale (ad esempio, il risarcimento dei danni causati ai vicini, il rimborso delle spese di demolizione e sgombero) o in altro ramo (rimborso per spese di alloggio presso strutture alberghiere, ecc.).

Pertanto, nel caso delle coperture assicurative incendio e scoppio, la compagnia di assicurazione, proprio grazie a queste coperture, provvede a estinguere, interamente o almeno in parte, il debito che l'assicurato stesso ha contratto con la banca o la società finanziaria, evitandogli spiacevoli conseguenze sul piano patrimoniale.

- **polizze globali fabbricati:** sono coperture assicurative proposte ai condomini e ai proprietari di immobili, sia che questi siano destinati ad uso civile, ad ospitare uffici o studi professionali. Anche queste sono una sorta di assicurazioni multirischio. I contratti offrono una copertura per i danni derivanti da circostanze quali incendi, allagamenti o eventi sociopolitici e per la responsabilità civile verso terzi. Nel caso dei condomini, la

sottoscrizione della polizza viene effettuata dall'amministratore, a seguito dell'autorizzazione dell'assemblea condominiale o in base a quanto stabilito dal regolamento. Al momento della sottoscrizione della polizza globale fabbricati possono essere inserite delle garanzie aggiuntive o accessorie che vanno a integrare la polizza di base, configurando anche in questo caso la fattispecie di coperture assicurative “a ombrello” o “multigaranzia” di tipo modulare: trattasi delle **polizze assicurative modulari**, già introdotte e sviluppate da tempo sul mercato italiano, che spaziano negli ambiti Famiglia, Salute e Beni e che pongono al centro la gestione e il supporto al “ciclo di vita” del cliente con un’attenzione specifica alla fase post-vendita e all’analisi, monitorata nel tempo, dei bisogni assicurativi. Questa concezione dell’offerta assicurativa ben si adatta a prodotti modulari che, grazie alla loro flessibilità, consentono facilmente di aggiungere, modificare ed eliminare garanzie nel tempo assemblandole in un unico contratto. Come accennato, le coperture assicurative riguardano: **famiglia**, responsabilità civile del capofamiglia, tutela legale, scippo e rapina, assistenza, prevenzione, **salute**: (infortuni, indennizzi perfratture, perdita anno scolastico, danno estetico), **beni** (la casa e il suo contenuto, a protezione da eventi come incendio, allagamento derivante da rottura di tubi, fenomeno elettrico, furto). Queste garanzie accessorie permettono di personalizzare e di estendere l'ambito di applicazione della copertura, offrendo una garanzia completa ai proprietari degli immobili e ai condomini. Scegliendo le garanzie più idonee, i proprietari degli immobili e gli eventuali inquilini sono al sicuro da tutta una serie di eventi che possono causare spese ingenti. Sebbene le coperture assicurative di base e quelle opzionali siano stabilite singolarmente dalle compagnie, la polizza copre generalmente i rischi della r.c. generale per danni causati a terzi dalle strutture condominiali ma anche i danni subiti dagli stessi condomini. Si segnalano anche presenze di polizze della responsabilità civile terzi, con copertura principale sempre inclusa, nelle quali è presente l’abbinamento a garanzie contro i rischi relativi alla gestione dell’abitazione, sia di proprietà che in affitto e al supporto di un legale, nei casi di *cyberbullismo* e di lavoro subordinato. All’assicurato è lasciata la libertà di attivare o disattivare le garanzie facoltative e i servizi, su base mensile e senza penali, di disdire il contratto in ogni momento (sempre su base mensile) e di adattarlo in base alle proprie esigenze.

- **Polizze a copertura dei rischi relativi alle attività agricole.** Sono destinate alla protezione di specifiche colture, sempre più avvalendosi di sistemi tecnologici innovativi, come ad esempio le tecnologie satellitari.

Tra le polizze a copertura dei “rischi agricoli”, ma non solo, vi è un modello che sta prendendo piede tra le compagnie più innovative, soprattutto in relazione alle polizze a copertura dei rischi legati agli eventi atmosferici e alle calamità naturali. Si tratta di polizze, denominate **parametriche** che vengono create *ad hoc* per le specifiche esigenze della singola azienda e che possono essere legate a diverse ipotesi, ad esempio il livello delle precipitazioni o la velocità del vento. Tale tipologia di prodotti può essere altresì in grado di facilitare l’accesso al mercato assicurativo (riducendo la povertà e l’esclusione), può essere correlata alle strategie di contenimento di grandi rischi quali pandemie (*catastrophic health/life insurance covers*), instabilità politica, condizioni economiche avverse. Le **polizze parametriche** (*Parametric Insurance*), sono dei contratti di assicurazione in cui l’erogazione dell’indennizzo è correlata al verificarsi di un indice predeterminato (*benchmark* di riferimento), il cui andamento

è costantemente registrato e monitorato da “soggetti terzi” rispetto alla compagnia o all'assicurato per garantire l'**indipendenza**.

Quindi occorre preventivamente determinare un valore indice obiettivo e accurato che sia altamente correlato a un esito specifico e, pertanto, un altro aspetto caratterizzante è l'esistenza di una correlazione statisticamente significativa tra indice e danno economico subito dall'assicurato. Arrivare a valori indice con un elevato livello di correlazione richiede dati precisi e dettagliati e capacità analitiche sofisticate. In definitiva l'assicurazione parametrica si basa sull'impiego di un parametro correlato alla tipologia di danno subito da un cliente e uno degli aspetti più positivi sta nella semplicità delle soluzioni attraverso le quali può essere coperta una vasta gamma di rischi, come ad esempio, le condizioni meteorologiche avverse che hanno un impatto diretto sulle attività delle imprese o causano perdite di raccolto. Mentre le tradizionali assicurazioni in caso di maremoti, alluvioni e altri fenomeni naturali avversi, sono caratterizzate dal fatto che l'indennizzo viene liquidato in base alla stima del danno subito dall'assicurato, nelle soluzioni parametriche la perdita viene risarcita quando un dato indice si discosta da un indice prefissato, non richiedendo quindi alcuna qualificazione a posteriori della perdita effettivamente subita. Conseguentemente, l'assicurazione parametrica differisce dalle polizze danni tradizionali in quanto la liquidazione del sinistro scatta automaticamente, e quindi con grande rapidità, una volta raggiunta una soglia concordata preventivamente, sulla base di un parametro o di un insieme di parametri indipendenti correlati ai rischi del cliente. Pertanto, viene eliminata la gran parte dei passaggi tipici della tradizionale procedura di liquidazione del danno, dato che l'erogazione dell'indennizzo è correlata al raggiungimento del livello dell'indice preso predeterminedato a monte, al verificarsi del quale scatta l'indennizzo che prescinde, quindi, da richieste da parte del cliente e da successive verifiche e accertamenti e perizie del danno effettivamente subito. In altri termini, le polizze parametriche differiscono dalle tradizionali polizze indennitarie per il fatto che il diritto al risarcimento “è correlato non più alla perdita effettiva periziata sul campo, ma a una perdita stimata *on desk* sulla base di appositi parametri”. Dal momento che ogni soluzione parametrica contempla un valore o più valori indice ricavati da dati indipendenti, forniti da terzi, la liquidazione del risarcimento viene attivata automaticamente al superamento dei livelli soglia concordati preventivamente. Ciò significa che la polizza non è soggetta a interpretazioni, condizioni o riserve, e che il cliente sa esattamente in anticipo quale sarà il risarcimento al raggiungimento di ciascun valore indice. Con ciò potrebbe anche determinarsi una maggiore **convenienza economica** delle polizze parametriche. Sebbene nell'elaborazione delle polizze siano indispensabili persone con un elevato grado di competenze, che si interfaccino con il cliente, per la liquidazione dei risarcimenti, come evidenziato in precedenza, talvolta non sono necessari periti, avvocati o altri consulenti tecnici. In aggiunta, dato che la polizza si basa su dati oggettivi di terzi, non esiste il rischio di controversie legate all'entità della copertura o di richieste risarcitorie potenzialmente fraudolente.

Inoltre, con l'ampliamento dell'utilizzo delle **blockchain**⁸, talune imprese sono in grado di inserire i trigger parametrici nel sistema di pagamento, cosicché le liquidazioni potranno

⁸ Blockchain è una delle tecnologie innovative su cui maggiore è l'attenzione del mercato finanziario e assicurativo. Si tratta dello strato tecnologico alla base delle monete virtuali ma che può essere utilizzato per molti altri fini, come la definizione di contratti elettronici, la trasmissione di informazioni, beni, documenti, titoli di possesso, contratti e capitali in modo sicuro e interoperabile nonché l'archiviazione di dati provenienti dai *device* connessi nella Internet of Things. Le sue applicazioni in

essere effettuate in automatico, potenzialmente nel giro di pochi secondi. Queste due caratteristiche, **obiettività** e **rapidità**, sono di particolare importanza quando si tratta di governi che desiderano tutelarsi dalle catastrofi naturali. È ampiamente provato che l'impatto complessivo di un disastro naturale – in termini sia di sofferenze umane sia di danni economici – viene attenuato in misura significativa se i governi e gli investitori privati sanno che la liquidazione dei danni sarà effettuata immediatamente dopo la catastrofe. Ad esempio, il valore indice, ossia il livello soglia/franchigia, ovvero il punto raggiunto il quale interviene la copertura assicurativa, può essere dato da una o più variabili strettamente correlate con i ricavi o i costi del cliente. L'aspetto critico, in questa fase, è stabilire il livello o i livelli soglia. Sebbene livelli soglia più bassi forniscano protezione in caso di eventi più frequenti, essi sono anche relativamente più costosi. E viceversa. La decisione definitiva, naturalmente, è basata sugli obiettivi strategici, sulla propensione al rischio e sul budget del cliente. I livelli soglia possono essere strutturati in modi diversi. In una struttura puramente binaria, il massimale complessivo viene liquidato quando si registra un valore indice al di sopra o al di sotto di una soglia prestabilita. In alternativa, l'importo dell'indennizzo può essere rapportato alla gravità o all'entità dell'evento; per esempio, un ciclone. Secondo un modello classico, viene fornita copertura a tutti gli agricoltori di un raggruppamento di villaggi o distretti con clima, produzioni e rese agricole simili. L'indice viene ricavato dai fattori locali che incidono sui raccolti quali precipitazioni, temperatura, intensità dei venti e quantità di radiazione solare. L'indice può basarsi anche su una singola variabile o su una combinazione di variabili. Quando viene superato il valore soglia, i singoli agricoltori vengono indennizzati direttamente in base a condizioni concordate preventivamente. Tali condizioni possono includere la gravità dell'evento, le dimensioni dell'azienda agricola e il valore delle colture. In talune circostanze, gli indennizzi vengono liquidati alle banche che hanno concesso prestiti ai singoli agricoltori e che eviteranno così di vedere deteriorarsi i loro crediti. In entrambi i casi, agli agricoltori vengono assicurate le risorse finanziarie necessarie per impiantare una nuova coltura di categoria 4 attiva il XX% del massimale, mentre un ciclone di categoria 5 indennizza il YY%. In una struttura lineare, l'importo dell'indennizzo aumenta progressivamente con la variazione del valore indice. Il massimale, ovvero l'importo massimo risarcibile. E perché si possa parlare di assicurazione, il massimale deve essere pari o inferiore all'entità delle perdite effettivamente subite dal cliente. Per tutelare il

ambito assicurativo possono riguardare la gestione dei processi tra imprese (es. flussi legati alla coassicurazione e alla riassicurazione o ad attività anti-frode), imprese e intermediari (ad es. la gestione del sistema delle rimesse), imprese e consumatori (con prodotti innovativi quali la *peer to peer insurance*). Particolare interesse è rivolto agli *smart contracts*, che presentano potenzialità rilevanti per il settore assicurativo. Si tratta di contratti in forma digitale, validi dal punto di vista legale a determinate condizioni (ad es. se firmati con *digital signature* legalmente riconosciuta) e che vengono eseguiti automaticamente al verificarsi di un evento. Ad esempio, polizze a copertura del ritardo di un volo aereo che vengono automaticamente pagate appena il sistema riceve la notifica dell'avvenuto ritardo da una fonte certa (c.d. oracolo). La sperimentazione dell'utilizzo di *blockchain*, come di altre tecnologie, può avvenire nell'ambito di una *sandbox* ovvero un ambiente sicuro e monitorato dove le aziende possono testare prodotti, servizi e modelli di business innovativi. L'IVASS partecipa a una sperimentazione sull'utilizzo di *blockchain* nel settore assicurativo, in collaborazione con il settore privato. L'iniziativa si prefigge di sviluppare prototipi funzionanti con la partecipazione delle compagnie di assicurazione italiane e di un limitato campione di clienti che potranno compiere test, per un periodo di tempo ridotto, su prodotti, servizi, modelli di business e pratiche di distribuzione innovative. Sul lato dei consumatori, si dovrà valutare la capacità della tecnologia di promuovere reali benefici per il cliente in termini di maggiore trasparenza e tutela, facilità d'uso e sicurezza nella fruizione di beni e servizi, aumento della concorrenza del mercato. L'IVASS segue con interesse l'iniziativa, visti gli indubbi vantaggi di poter seguire in fase embrionale le possibili implementazioni di *blockchain* in ambito assicurativo, anticipando i fattori di sviluppo del mercato, le eventuali necessità regolamentari e le ripercussioni sulla tutela del consumatore e sull'attività di vigilanza.

reddito dei cerealicoltori, in linea con la nuova politica agricola comunitaria (Pac-2020) volta a garantire la redditività delle aziende agricole, messa in pericolo anche dai cambiamenti climatici, è stata recentemente introdotta dal Ministero delle Politiche agricole in collaborazione con ISMEA (Istituto di servizi per il mercato agricolo alimentare) una specifica copertura a tutela del raccolto. Si tratta di un'assicurazione sperimentale e innovativa per i produttori di grano. Rispetto alle garanzie tradizionali contro le avversità come **gelo, siccità alluvione o eccesso di neve, grandine o sbalzi termici**, è previsto il rischio da perdita di ricavi annui. La copertura si attiva nel momento in cui il ricavo scende del 20% rispetto alla media triennale del ricavo per ettaro.

Nel settore privato, l'assicurazione parametrica consente alle aziende di mitigare l'impatto delle condizioni climatiche anomale quali il caldo, le piogge, il freddo e la siccità oltre i limiti del normale, che possono comprimere i ricavi e far aumentare i costi. Non è un caso che gran parte del crescente interesse per l'assicurazione parametrica provenga dai settori economici più esposti ai rischi climatici, tra cui l'agricoltura, il settore delle energie rinnovabili e l'edilizia. Tra gli altri settori economici esposti alle anomalie climatiche troviamo: **Turismo e tempo libero** (il caldo e il freddo estremo possono comportare una riduzione del numero di visitatori nei parchi tematici, agli eventi sportivi o culturali e nei luoghi di interesse turistico), **Trasporti** (in caso di freddo o di neve eccessivi o per un periodo di tempo prolungato, le compagnie aeree devono spesso fronteggiare un aumento dei costi dovuti a prodotti antigelo per i velivoli; le società di navigazione affrontano spese supplementari quando i livelli dei fiumi si innalzano o si abbassano).

Ulteriore caratteristica delle polizze parametriche consiste nella possibilità di **personalizzare** le soluzioni parametriche. Ciascuna polizza fornisce copertura per località/strutture specifiche stabilite dal cliente, e le singole strutturazioni della copertura – valori indice, formula di risarcimento e massimali – sono personalizzate in base agli obiettivi strategici, alla propensione al rischio e al budget del cliente. Una volta modellizzato il rischio e individuati i valori indice strettamente correlati a tale rischio, il passo successivo consiste nel progettare la struttura assicurativa. Poiché, come si è detto, ciascuna soluzione è costruita su misura in base alle particolari circostanze ed esigenze del cliente, la creazione della struttura assicurativa è un processo interattivo, in cui con il cliente e/o il suo broker si esaminano vari livelli di attivazione del risarcimento e varie opzioni di massimali.

Inoltre, l'assicurazione parametrica è disponibile a livello **globale**. In alcuni casi può essere difficile fornire copertura contro un particolare rischio, perché la località interessata è difficile da raggiungere o perché il mercato assicurativo locale non è sufficientemente sviluppato. Pertanto, non potrebbero essere utilizzate stazioni di rilevazione meteorologiche a terra e parametri climatici (come ad esempio millimetri di pioggia o temperatura) ai quali collegare un valore di risarcimento. Grazie ai satelliti, alcune imprese dispongono di dati meteorologici per l'intero pianeta; possono quindi sviluppare tipi di copertura adatti a qualsiasi luogo. E la quantità e qualità dei dati è in continuo miglioramento. In effetti, un importante fattore che alimenta il crescente interesse per le soluzioni parametriche, soprattutto in alcuni Paesi emergenti, è la rete sempre più capillare di sofisticati satelliti che rilevano dati sempre più granulari. A titolo esemplificativo, un sistema satellitare è in grado

di monitorare l'effettiva crescita delle colture e di indicizzare il risarcimento ad un valore *standard* rispetto al quale viene calcolato l'indennizzo in caso di perdita di resa.

- **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.