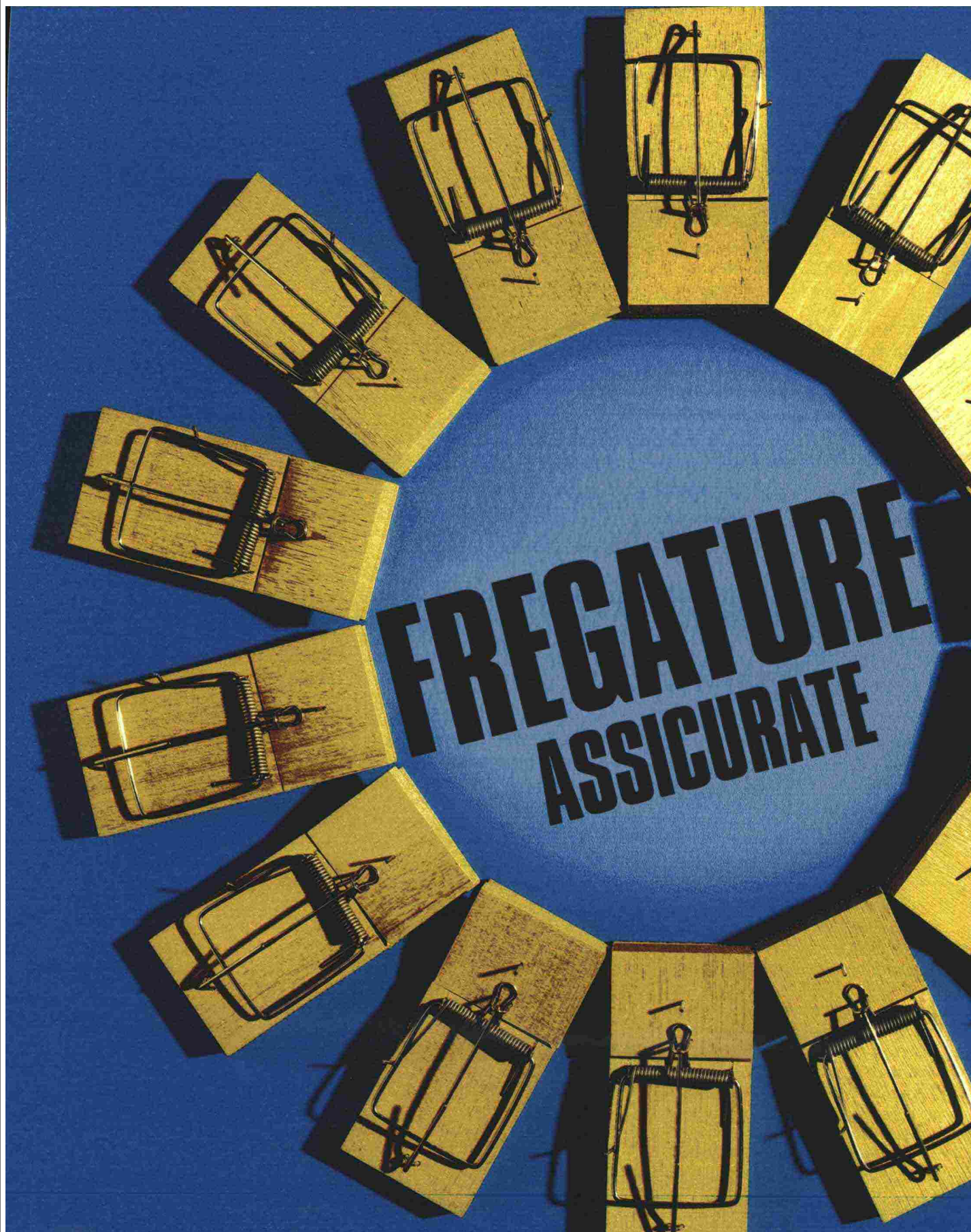




POLIZZE AMARE

Truffe, società fantasma e una valanga di reclami.

In Italia le compagnie non solo sono vittime di raggiri legati a sinistri inesistenti, ma a loro volta allungano i tempi delle liquidazioni. Con i gruppi più piccoli che faticano a gestire i risarcimenti. E così fioccano le lamentele dei clienti.

di Guido Fontanelli

Guidate la vostra automobile, vi ferma la polizia per un controllo e scoprite che la vostra assicurazione è fasulla. Rischiare multa, sequestro del veicolo e sospensione della patente. Ma potrebbe andarvi peggio: se provocate un incidente, dovete indennizzare di tasca vostra il malcapitato che avete tamponato perché non siete coperti.

Cose che capitano a chi, in cerca di un contratto di Rc auto a basso costo, si affida senza saperlo a siti internet farlocchi. Un fenomeno tutt'altro che marginale: l'Ivass, l'istituto che vigila sul settore assicurativo, ha individuato nei primi nove mesi di quest'anno ben 140 siti irregolari. Erano 103 lo scorso anno, 50 nel 2017. Utilizzano nomi fantasiosi ed evocativi come Polizzafacile.net, Polizzasicura.org, Prontopolizzaonline, Polizza5giorni.it, Assicurazionileoni.it, Assicuraveloce.it. Le loro offerte di polizze Rc auto (in particolare quelle temporanee) spuntano sugli schermi dei computer sotto forma di banner o inserzioni pubblicitarie nei

motori di ricerca. Cliccandovi sopra, si entra in pagine che replicano quasi perfettamente i siti delle società vere e che in alcuni casi utilizzano le credenziali di compagnie regolari. I truffatori delle compagnie di assicurazione fasulle sfruttano non solo il canale internet, ma anche Facebook, WhatsApp e il telefono. Secondo l'Ivass il giro d'affari di queste truffe supera i tre milioni di euro ed è in continua crescita. Il consiglio è di verificare sul sito dell'Ivass se la compagnia è iscritta nell'albo delle imprese di assicurazione italiane o negli elenchi delle imprese europee che possono operare in Italia.

Di solito sono le compagnie di assicurazione a lamentarsi della disonestà degli italiani per giustificare l'alto livello dei premi che fanno pagare ai clienti. Ma tanti italiani onesti sono a loro volta vittime di fregature assicurative: non solo polizze false, ma anche «sinistri fantasma» inventati da automobilisti disonesti. E pure trucchetti e ritardi messi in campo dalle stesse compagnie regolari.

Dietro il termine doppiamente horror «sinistri fantasma» si nascondono quegli incidenti che vengono attribuiti ad automobilisti inconsapevoli e del tut-

Getty Images/Elaborazione immagine: Stefano Carrara

POLIZZE AMARE



to estranei al danno. Sono truffe organizzate da quei furbetti che denunciano un incidente inesistente per incassare il risarcimento dell'assicurazione, attribuendo la responsabilità a chi non c'entra affatto. E se quest'ultimo non se ne accorge, si trova con una classe di merito più elevata e di conseguenza paga un premio più salato. Il problema, infatti, è che in molti casi l'assicurato viene a conoscenza del «sinistro fantasma» solo al momento in cui riceve l'attestato di rischio che riporta l'incidente e la conseguente applicazione del *malus*. Questo accade perché il cliente non ha ricevuto in tempo la lettera dell'assicurazione e non ha risposto entro i 30 giorni previsti per disconoscere il sinistro. Comunque l'Ivass chiede alle compagnie di rimborsare la maggiorazione del premio e di riclassificare correttamente il contratto.

Fin qui siamo nel campo delle truffe. Ma anche sul versante delle assicurazioni regolari non mancano i pro-

Il tesoro nascosto delle assicurazioni «addormentate»

Un tesoro miliardario, nascosto tra i documenti delle assicurazioni, che rischiava di finire allo Stato invece che ai legittimi proprietari. Sono le «polizze dormienti», assicurazioni sulla vita o di risparmio che non sono state più rimosse, per dimenticanza o per la morte del beneficiario (e gli eredi non ne sapevano nulla), e che le compagnie lasciano languire fino al passaggio, dopo 10 anni, a un fondo pubblico. Non si tratta di cifre modeste: nel 2017 l'Ivass ha avviato un'indagine sulle «polizze

dormienti» e ha fatto risvegliare dalle società assicuratrici 208.863 polizze per un totale di 3,9 miliardi di euro. Soldi già versati ai beneficiari o in via di pagamento. Per risvegliare le polizze le compagnie hanno dovuto incrociare i dati in loro possesso con quelli dell'Anagrafe tributaria. E non è finita: l'Ivass ha avviato una seconda ondata di indagini su polizze vita più vecchie (con scadenza contrattuale tra il 2001 e il 2006) e più recenti (scadute nel 2017). E una terza ondata riguarda le

polizze vita stipulate dalle compagnie assicurative estere. Inoltre le compagnie hanno concluso l'analisi di 900 mila polizze «sospette» e hanno verificato che ne non si sono verificate le condizioni per il pagamento ai beneficiari in quanto è stata accertata o l'esistenza in vita dell'assicurato alla scadenza del contratto o la volontà del contraente di interrompere il pagamento dei premi, con la conseguente risoluzione del contratto. Il problema delle «polizze dormienti» dovrebbe

comunque sparire nel tempo: una legge del 2018 obbliga le imprese di assicurazione sulla vita che operano in Italia, italiane ed estere, di verificare entro il 31 dicembre di ciascun anno l'esistenza in vita dei propri assicurati. In caso di riscontro positivo, le imprese dovranno attivare il processo di liquidazione, inclusa la ricerca del beneficiario non espressamente indicato in polizza, ed entro il 31 marzo dell'anno successivo dovranno riferire all'Ivass in merito ai pagamenti effettuati ai beneficiari.

(G.F.)

POLIZZE AMARE

DOVE I RECLAMI PESANO DI PIÙ

Nella tabella, realizzata utilizzando i dati del rapporto Ivass del 2018, sono elencate le dieci compagnie di assicurazione che hanno ricevuto più reclami in relazione al numero di contratti. In alcuni casi si tratta di aziende molto piccole, ma con un'alta incidenza di proteste (motivate e non) da parte dei clienti.

Compagnia di assicurazione	Numero reclami nel 2018				Numero reclami per 10 mila contratti
	Totale vita e danni	Rami vita	Rami danni escluso Rc auto	Rc auto	
AXA Global Direct Seguros y Reaseguros S.A.U.	1.240			1.240	46,51
Zurich Insurance Company LTD	992		46	946	28,32
Le assicurazioni di Roma - mutua assicuratrice romana	55		42	13	23,90
Verti assicurazioni S.P.A.	2.489		200	2.289	22,01
Compagnia assicuratrice Linear S.P.A.	1.158		51	1.107	19,99
Amtrust Europe Limited	75		75		19,07
Genertel S.P.A.	2.114		375	1.739	19,00
Genialloyd società per azioni di assicurazioni S.P.A.	3.204		274	2.930	16,88
Admiral Insurance Company limited	1.490		71	1.419	16,22
FWU Life Insurance Lux S.A. SA	123	123			15,52

blemi nel rapporto tra clienti e società. Nel 2018, come documentato dall'Ivass, le compagnie hanno ricevuto 97.279 reclami da parte degli utenti: quasi la metà, il 47 per cento, riguardano il settore dell'Rc auto (ritardi dei pagamenti al primo posto delle lamentele), seguiti dagli altri rami danni (37 per cento) e dal ramo vita (16). Ad alimentare il malcontento sono più le compagnie straniere rispetto alle italiane, e le società che operano sul web rispetto a quelle che usano i canali tradizionali come agenti e broker.

Va detto che in questi anni il numero di reclami si è ridotto, a dimostrazione dell'efficacia del lavoro svolto dall'Ivass: rispetto al 2017 il calo è stato del 6,4 per cento. E degli oltre 97 mila reclami del 2018, ne sono stati accolti finora il 28,6 per cento del totale. Inoltre, l'Ivass ha ricevuto direttamente 18.332 reclami e ha notificato 1.097 atti di con-

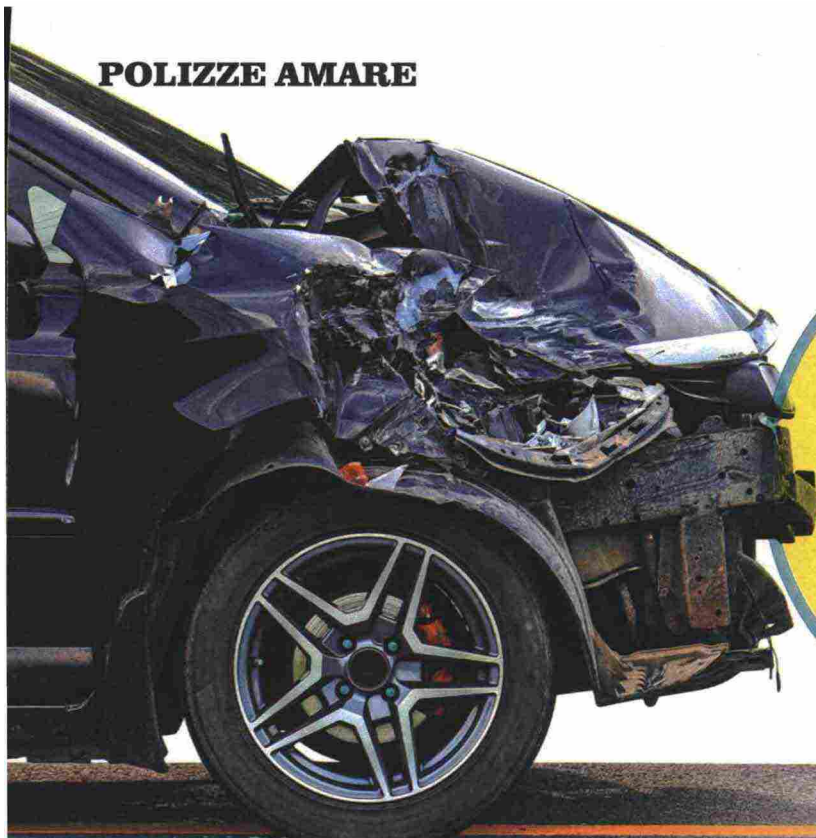


testazione alle imprese per violazione della normativa assicurativa.

Che cosa fa arrabbiare i clienti? Gli esempi sono tanti. Nel settore dell'assicurazione auto ci si lamenta per i ritardi nella liquidazione dei risarcimenti. Oppure i danneggiati ricevono comunicazioni di diniego di risarcimento che non sono adeguatamente motivate. Nel campo delle polizze mediche una compagnia dilazionava o negava la prestazione agli assicurati appellandosi ad aspetti formali, costringendo gli stessi a ricorrere sistematicamente al giudice: immaginatevi che bella esperienza per una persona malata.

A Roma alcune società si sono contraddistinte per la lentezza nella liquidazione dei sinistri determinati dal dissesto del manto stradale. Una assicurazione ha piazzato 5.700 contratti non adeguati, relativi a prodotti particolarmente complessi, a clienti anziani. Ci sono contratti di varie compagnie, finite nel mirino

POLIZZE AMARE



SINISTRI FANTASMA

Oltre ai siti farlocchi, gli automobilisti devono prestare attenzione ai «sinistri fantasma»: incidenti che vengono attribuiti a persone che non c'entrano affatto e rischiano di pagare premi più alti.

dell'Ivass, stipulati molti anni fa e che stanno giungendo a scadenza, per i quali le somme liquidate rischiano di essere addirittura inferiori al totale dei premi versati dai clienti. Insomma, un pessimo catalogo di cattivi comportamenti.

Le compagnie che hanno ricevuto più reclami in rapporto al numero di contratti stipulati (vedi tabella a pagina 22) sono Axa Global Direct, Zurich e la piccola Assicurazioni di Roma. Le società invece che hanno ricevuto più reclami in assoluto sono UnipolSai, Generali, Allianz, Rbm salute. Mentre i primi tre nomi sono abbastanza scontati, trattandosi di compagnie con decine di migliaia di clienti, colpisce la presenza al quarto posto della Rbm salute, meno nota al grande pubblico. In realtà, è la più grande compagnia in Italia

Una compagnia ha piazzato 5.700 contratti non adeguati a persone anziane

specializzata nell'assicurazione sanitaria per raccolta premi e per numero di assicurati. Lavora soprattutto con fondi integrativi di categoria e grandi aziende.

Nel 2018 Rbm è finita anche sotto la lente di Altroconsumo: l'associazione dei consumatori ha ricevuto centinaia di

reclami riguardanti i disservizi di Previmedical, a cui Rbm affida la gestione delle prestazioni sanitarie previste da diversi fondi sanitari integrativi. Altroconsumo cita per esempio il caso della socia Cinzia che per mesi si è vista respingere tutte le richieste di rimborso

senza capire il perché. Più in generale, come viene spiegato sul sito di Altroconsumo, «le richieste di autorizzazione per le prestazioni odontoiatriche, quelle più costose, restano "in lavorazione" per mesi, lasciando il paziente in un limbo che non gli permette di accedere alle cure

in tempi clinici ragionevoli. Procedure ostiche che, per le cure odontoiatriche, costringono il paziente a compilare lui stesso la scheda con tutti i dettagli di diagnosi e trattamento previsti: così è facile sbagliare e vedersi rifiutare l'assistenza».

Rbm replica sottolineando che si tratta di una «crescita fisiologica dei reclami direttamente collegata alla numerosità dei sinistri gestiti. Anzi, a ben guardare, nel 2018 pur a fronte di un importante incremento dei risarcimenti (più 107 per cento) il numero dei reclami ha fatto registrare una crescita meno che proporzionale (più 92 per cento)». Inoltre, secondo la società è naturale che gli assicurati, tradizionalmente poco abituati ai meccanismi della sanità integrativa, facciano fatica a orientarsi tra le varie prestazioni di cui hanno diritto e le modalità di rimborso.

Ma alla fine l'impressione è sempre la stessa: di avere cioè a che fare con aziende che pretendono di incassare subito e che pagano il più tardi e il meno possibile. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA