
INCONTRO CON IL MERCATO E I CONSUMATORI

10 ottobre 2016

Semplificazione contratti di assicurazione

Memo

Il contratto di assicurazione deve essere redatto in modo chiaro e comprensibile¹.

Sulla base di tale presupposto l'obiettivo dei lavori che si intendono avviare nella riunione del 10 ottobre è individuare, con il contributo degli stakeholders, gli ambiti di un possibile intervento di IVASS (lettera al mercato, linee guida...) che indichi alle imprese come rimuovere quelle "aree grigie" del contratto che possono fuorviare l'assicurato e creare motivi di conflitto in caso di sinistro.

Di seguito i punti di osservazione derivanti dall'esame dei reclami più ricorrenti relativi ai contenuti contrattuali inviati all'IVASS dai consumatori.

1. Condizioni generali e condizioni speciali di polizza.

La distinzione tra condizioni "general" e "special" di polizza è frutto di un retaggio del passato che genera confusione e conflittualità in caso di sinistro.

La compresenza delle due tipologie di condizioni comporta la necessità di una lettura ed applicazione combinata; le condizioni non sempre sono coerenti tra loro e si determinano vuoti di disciplina contrattuale o sovrapposizioni.

¹ La Corte di Cassazione ha ribadito tale concetto con una recente sentenza (Cass. Civ. sent. N. 668 del 18 gennaio 2016) analizzando la delicata questione delle clausole predisposte da uno dei contraenti a sfavore dell'altro, stabilendo le conseguenze in caso di ambiguità o poca chiarezza delle clausole: in presenza di clausole "polisenso", in luogo di attribuire ad esse un significato pur teoricamente non incompatibile con la loro lettera, occorre far riferimento a tutti gli altri criteri di ermeneutica ed in particolare a quello dell'interpretazione contro il predisponente (impresa di assicurazione).

Talune coperture vengono richiamate dalle sole “condizioni speciali” le quali però, per poter operare, devono essere espressamente incluse in copertura nel c.d. simolo di polizza.

A volte le condizioni generali di polizza per la loro applicazione necessitano del combinato disposto con una o più condizioni speciali, senza che tale rinvio sia espressamente richiamato nelle stesse condizioni generali.

2. Linguaggio di comune comprensione e semplificazione dei testi contrattuali

La scarsa chiarezza terminologica e l'utilizzo di espressioni ambigue nel contratto comportano il rischio che in caso di sinistro vengano escluse alcune tipologie di danni che l'assicurato poteva ritenere ragionevolmente incluse.

Nella redazione delle condizioni contrattuali dovrebbero essere utilizzati termini di comune comprensione ed accessibili ad un assicurato medio, evitando espressioni ambigue o eccessivamente tecniche.

Lo sforzo di rivisitazione dovrebbe coniugare i contenuti “tecnico-specialistici” insiti, per loro stessa natura, in talune coperture assicurative con un linguaggio che non si presti a interpretazioni difformi.

Andrebbe peraltro evitata una ridondanza nella scrittura del testo contrattuale per evitare che nei suoi meandri restino nascoste clausole rilevanti di cui invece l'assicurato dovrebbe avere evidenza immediata.

Esempio:

- nei contratti “Multirischi dell’Abitazione” (che coprono diversi rischi tra i quali l’incendio e il furto) sono stati rilevati casi in cui l’impresa, pur avendo assicurato per il caso di furto l’abitazione, inclusi gli “elementi fissi e gli infissi” non ha ritenuto in copertura il furto di grondaie e discendenti in rame, ritenendoli non “fissi”, ciò sebbene il comune “sentire” sia quello di ritenerli elementi che fanno parte dell’abitazione in maniera stabile.
- sempre per quanto concerne i contratti riguardanti l’assicurazione sulla casa, la garanzia “Fenomeni Atmosferici” comprende quasi sempre anche i danni causati dal sovraccarico di neve sui tetti; tali danni vengono tuttavia risarciti esclusivamente se sono “diretti”, causati dal notevole peso della massa nevosa, escludendo tutti i danni “indiretti” dovuti allo scioglimento della neve stessa, di solito molto più ricorrenti e che richiedono notevoli spese di ripristino quali ad es.:

danneggiamento impianto elettrico del fabbricato, distacco degli intonaci esterni ed interni dell'abitazione, ecc.

- sottoscrivere un'assicurazione contro il terremoto e calamità naturali permette di garantirsi il risarcimento dei danni all'immobile e/o ridurre le spese per ripristinarne lo stato. Il territorio italiano si trova sempre più spesso a dover affrontare simili emergenze, ed è crescente l'attenzione verso questa tipologia di contratti.

La formulazione delle condizioni di polizza risulta tuttavia spesso caratterizzata da eccessivi "tecnicismi", che compromettono per il consumatore medio la possibilità di valutare, prima che l'evento si verifichi, i vantaggi e i limiti della copertura sottoscritta. In particolare, le esclusioni per gli edifici privi di determinati requisiti non sono specificatamente indicati nel contratto, ma richiamati con un rimando a provvedimenti normativi (decreti ministeriali).

3. Garanzie ed esclusioni

Particolarmente delicato è il tema della individuazione di ciò che è in garanzia e di ciò che non lo è. Il meccanismo delle cd esclusioni, che circoscrivono l'ambito di operatività delle garanzie, spesso ingenera conflittualità in caso di sinistro.

A causa di una scarsa trasparenza nel funzionamento delle esclusioni il consumatore può essere indotto a ritenere di essere assicurato quando in realtà non lo è.

La tecnica redazionale dovrebbe essere improntata a criteri di coerenza e trasparenza tra ciò che è incluso in garanzia e ciò che non lo è.

Occorre inoltre evitare approcci commerciali tali da presentare il contratto come una soluzione che offre ampia copertura, salvo poi, con una lunga lista di esclusioni, svuotare di fatto la copertura di contenuto.

Esempio:

- Un esempio è dato da alcune polizze sanitarie che "sembrano" prevedere alcune coperture mentre poi attraverso il meccanismo delle inclusioni ed esclusioni vanificano le aspettative del consumatore, rigettando l'indennizzo o il rimborso della spesa sostenuta.

In alcuni casi, a titolo esemplificativo, le condizioni di polizza prevedono, tra le esclusioni, i trattamenti di agopuntura "non effettuata da un medico", ingenerando

nell'assicurato l'aspettativa che, nel ricorrere dell'ipotesi contraria (agopuntura effettuata da un medico), il rimborso della prestazione sia invece dovuto. In realtà, in altre parti del contratto viene escluso il rimborso delle spesa sostenuta dall'assicurato per sedute di agopuntura (anche se effettuata da medico abilitato), in quanto l'indennizzabilità dei "trattamenti riabilitativi" (tra i quali rientra l'agopuntura) viene subordinata ad un ricovero per malattia.

- Nelle polizze r.c.auto occorre porre una particolare attenzione alla presenza di clausole che, nell'ipotesi di "risarcimento diretto", limitano la cessione del credito derivante da sinistro stradale, di cui è titolare il danneggiato nei confronti dell'assicurazione, a soggetti terzi. La formulazione di tali clausole dovrebbe comunque essere tale da non comprimere la libertà del consumatore/assicurato di cedere il suo credito, scegliendo il carrozziere di fiducia senza anticipare il costo della riparazione, con tempi rapidi di attivazione della procedura di gestione e liquidazione del danno.
- Nei contratti PPI alcune garanzie rischio impiego risultano connotate da problemi di opacità, in termini di trasparenza e chiarezza nella descrizione del contenuto e delle condizioni di applicabilità (ad es: assunzione da almeno 12 mesi; essere dipendenti presso aziende o enti italiani di diritto privato).
- Anche nelle "polizze viaggi" (copertura per annullamento viaggio) in alcuni casi i consumatori lamentano un non adeguato livello di trasparenza e comprensione dei contenuti contrattuali, con particolare riferimento alla coerenza tra garanzie offerte ed esclusioni. Occorre considerare che in questi casi la garanzia assicurativa spesso fa parte di un pacchetto unico con il viaggio che si acquista, per cui l'assicurato deve essere posto in condizione di comprendere e valutare ciò che sottoscrive.

In alcuni casi l'impresa rigetta l'istanza di rimborso formulata dall'assicurato per annullamento viaggio, a causa dell'insorgenza di una malattia, sulla base di quanto contrattualmente previsto dalle condizioni di assicurazione, le quali limitano la garanzia offerta, nel caso in cui si tratti esclusivamente del primo viaggio effettuato, al rimborso delle spese mediche solo se c'è stato un ricovero di almeno una notte o per frattura ossea. La formulazione della clausola restringe, di fatto, l'operatività delle garanzie offerte ingenerando aspettative nell'assicurato che sono destinate ad essere deluse al momento del bisogno.

- Nella c.d. polizza del “capo famiglia”, alla voce "Responsabilità civile per danno a terzi", viene spesso fatta rientrare, con costi contenuti, la copertura assicurativa dei cani da compagnia.

In questi casi, tuttavia, il meccanismo delle limitazioni ed esclusioni rischia di vanificare o ridurre fortemente, al momento del sinistro, l'efficacia della copertura. Ad esempio, alcune polizze coprono i danni prodotti dall'animale domestico solo qualora sussistano determinate condizioni: cane tenuto al guinzaglio e/o con la museruola; cane che non abbia già provocato danni a terzi. In altre parole, se il cane sfugge al controllo e provoca un danno (o lo ha già provocato), l'assicurazione non copre. In altri casi le limitazioni riguardano alcune razze di cani ritenuti “pericolosi”, con conseguente riduzione, anche in questo caso, del perimetro delle coperture.

4. Periodi di “carenza”

Occorre che le “carenze” contrattuali, cioè il periodo temporale iniziale durante il quale la garanzia non opera, siano chiaramente esplicitate nel contratto. Occorre inoltre che tali periodi di scopertura siano calibrati dall'assicurazione in relazione alla tipologia, caratteristiche e durata delle coperture offerte in garanzie, in modo da non comprimere eccessivamente l'operatività del contratto.

- Sempre con riguardo alle polizze malattia, in particolare alle garanzie con “diaria da ricovero”, si è rilevato che, nel disciplinare le malattie insorte prima della stipula del contratto (“malattie pregresse”), le polizze talvolta prevedono termini di “carenze” di notevole estensione rispetto alla durata della polizza, durante i quali l'assicurato non ha diritto alle prestazioni assicurate.

In tali casi, pur assumendo nominalmente il rischio derivante dalle conseguenze di malattie pregresse, la previsione di periodi di carenza lunghi, tali da assorbire una parte significativa della durata contrattuale, determinano una notevole riduzione del contenuto della garanzia, disattendendo le aspettative del consumatore, che spesso si rende conto dell'effettivo significato della clausola solo nel momento in cui la compagnia rigetta la sua richiesta di indennizzo perché l'evento si è verificato – appunto - nel periodo di carenza.

5. Oneri eccessivi a carico del contraente o del beneficiario

5.1. Modalità di disdetta

Le condizioni contrattuali di alcune polizze danni continuano a prevedere, per i contratti poliennali o annuali con tacita proroga, un requisito formale per la validità della disdetta da parte del contraente, richiedendo che sia inviata esclusivamente con raccomandata a.r. pena la inefficacia della disdetta.

Le imprese avvalendosi di tale clausola non accettano modalità di invio diverse, quali telefax, mail, PEC, ecc. (in taluni casi anche quando riconoscono di aver comunque ricevuto la disdetta con modalità diversa dalla raccomandata a.r.), sostenendo che la clausola così come costruita sia finalizzata ad avere certezza della provenienza della disdetta dal soggetto titolare.

Tale previsione contrattuale determina oneri ingiustificati per il contraente e non tiene in considerazione l'evoluzione delle modalità di comunicazione nella nostra società.

5.2. Oneri per la liquidazione di polizze vita. Clausole vessatorie

Le clausole contrattuali presenti in alcune polizze vita, aventi ad oggetto gli oneri posti in capo al beneficiario per ottenere la liquidazione del capitale in caso di morte dell'assicurato, sono state giudicate vessatorie dalla Corte di Cassazione (sentenza n. 17024/2015) per il loro eccessivo peso e formalismo. IVASS è intervenuto sul mercato il 17 novembre 2015, sollecitando una revisione dei testi contrattuali.

6. Aggiornamento delle condizioni contrattuali alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale

I contenuti contrattuali andrebbero periodicamente aggiornati tenendo conto dell'evoluzione giurisprudenziale per ridurre i motivi di conflitto in sede liquidativa e per contribuire alla deflazione del contenzioso giudiziale.

Esempio:

- Nelle **polizze decennali postume del fabbricato** (stipulate dal costruttore in favore degli acquirenti degli immobili in adempimento di un obbligo di legge), le condizioni di polizza spesso limitano la garanzia ai danni da rovina totale o parziale dell'opera che compromettano la stabilità della medesima, escludendo espressamente i danni "da difetto di impermeabilizzazione".

Sull'argomento la Corte di Cassazione (sentenza n. 9119/2012), ha affermato che "il difetto di costruzione può consistere in una qualsiasi alterazione, conseguente ad un'insoddisfacente realizzazione dell'opera, che, pur non riguardando parti essenziali della stessa (e perciò non determinandone la "rovina" o il "pericolo di

rovina"), incida negativamente e in modo particolarmente considerevole sul godimento dell'immobile medesimo". La Corte (sentenza n. 8140/2004) inoltre aveva già individuato, quali gravi difetti di costruzione, anche le carenze costruttive dell'opera, da intendersi pure quale singola unità abitativa, che incidano su elementi secondari dell'opera stessa, quali la impermeabilizzazione, rivestimenti ecc.).

7. Aggiornamento delle condizioni contrattuali alla luce dell'evoluzione del contesto sociale di riferimento.

Occorre che l'aggiornamento dei contenuti contrattuali avvenga periodicamente anche in considerazione del contesto sociale di riferimento. Ad esempio accorrebbe tenere conto dell'evoluzione della ricerca medica per evitare che i passi in avanti della medicina superino l'attuale costruzione delle polizze.

Esempio:

- Alcune polizze malattia con rimborso spese non prevedono né escludono le tecniche di fecondazione assistita dal perimetro della copertura, con la conseguenza che le relative spese non vengono rimborsate in quanto l'infertilità non viene considerata una malattia.

Due profili di criticità: 1) la mancata previsione dell'infertilità come "malattia" non tiene conto dell'evoluzione intervenuta nella scienza medica; l'infertilità accertata è infatti oggi considerata una malattia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; 2) la mancata previsione delle tecniche di fecondazione assistita sia nelle coperture che nelle esclusioni determina profili di incertezza.

- Sempre nel ramo malattia alcune polizze prevedono tra le "persone non assicurabili", indipendentemente dalla concreta valutazione del loro stato di salute, le persone affette dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e sieropositività da H.I.V.

Tenuto conto dell'evoluzione della medicina potrebbe essere avviata una riflessione sul senso di mantenere tra le persone non assicurabili *tout court* i soggetti sieropositivi, considerato che le attuali cure mediche garantiscono uno stato di salute sostanzialmente assimilabile ai soggetti non sieropositivi. L'esclusione posta in tali termini aprioristici ("indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute") potrebbe apparire come un retaggio del passato.

-
- In via più generale, tra i casi di esclusione continuano ad essere presenti casistiche molto generiche (“*prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale*”) o di difficile interpretazione per un consumatore medio e che potrebbero essere il retaggio di posizioni scientifiche superate (“*le conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocate, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissazione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)*”).

8. Criteri di valutazione del danno.

Un tema particolarmente delicato è quello della valutazione del danno e della necessità che i contenuti contrattuali individuino con riferimenti quanto più certi ed univoci i criteri posti a base della sua valutazione e quantificazione².

Si tratta di un aspetto essenziale in ottica di tutela del consumatore in quanto è con riferimento al momento della liquidazione del danno che si misura la qualità del servizio reso dall’assicuratore. Inoltre l’esatta esplicitazione nel contratto dei criteri o dei riferimenti per la valutazione del danno consente all’assicurato di poter riscontrare in modo oggettivo il processo valutativo dell’impresa, con conseguente riduzione dei motivi di conflitto.

Esempio:

- Nelle Polizze **infortunio, malattia e nei PPI** (per invalidità permanente) Il criterio contrattuale adottato per la valutazione della percentuale di invalidità permanente (I.P.) residuata da malattia fa riferimento alle tabelle INAIL (D.P.R. n. 1124/1965). Non è chiaro, in primo luogo, come le tabelle INAIL, che afferiscono a specifiche fattispecie tipizzate, quali sono gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, si prestino a valutare in maniera congrua e pertinente il grado di invalidità permanente derivante da fattispecie (malattia in senso lato) difficilmente assimilabile alle predette tipologie INAIL. Motivo di reclamo riguarda inoltre il caso in cui le tabelle di riferimento INAIL non contemplino la specifica malattia oggetto di valutazione. In tali casi l’impresa deve far ricorso a criteri “analogici” e/o a “proposte tabellari in uso in medicina legale”, con conseguente determinazione di un livello di discrezionalità della valutazione

² Nell’assicurazione r.c. auto il tema, all’attenzione da anni, ha condotto alla formulazione di tabelle *ex lege* sia per la valutazione medico-legale che per la quantificazione del danno alla persona non patrimoniale per le invalidità comprese tra 1 e 10 punti di invalidità permanente, ed alla previsione legislativa delle tabelle per le macrolesioni (10-100% di I.P.), non ancora attuate.

effettuata dall'impresa, che non consente all'assicurato di poter comprendere se l'operato della società sia stato corretto ed equo.

- Nelle polizze contro **il furto auto**, ai fini della quantificazione del valore del veicolo assicurato al momento del furto, a volte sono presenti riferimenti non aggiornati.

Ad esempio viene fatto rinvio al valore desunto da riviste specialistiche tipo "Quattroruote" senza indicare quale sia l'edizione da prendere a riferimento (dovrebbe essere la più aggiornata rispetto alla data del furto).

9. Criteri di indennizzabilità dei danni nelle polizze malattia

Altro aspetto rilevante connesso con la fase di valutazione del danno attiene ai tempi contrattualmente previsti per l'accertamento del danno da indennizzare che devono essere congrui rispetto alla tipologia di polizza e tali da non svuotare di fatto la copertura.

Esempio:

- **Nelle polizze malattia spesso la clausola relativa ai "Criteri di indennizzabilità"** prevede che il grado di invalidità permanente sia valutato non prima che sia decorso il termine di 12 mesi dalla denuncia, elevato a 18 per patologie di natura neoplastica, ed entro un termine massimo di 24 mesi anche nel caso in cui non siano stabilizzati gli esiti della malattia.

Si sono registrati casi di assicurati che avevano denunciato la diagnosi di una grave malattia oncologica. L'impresa era restata in attesa della stabilizzazione dei postumi ovvero che si concludesse il periodo minimo contrattuale di 18 mesi prima di procedere alla valutazione definitiva. Nel frattempo l'assicurato era deceduto e quindi l'impresa non pagava l'indennità prevista, né riteneva di poter estendere l'indennizzo agli eredi.

Periodi così lunghi possono vanificare i motivi per i quali è stato stipulato il contratto, determinando nei fatti una limitazione al diritto di ottenere la prestazione assicurativa per la quale è stato corrisposto il premio.