

## Dott. Giacomo Birolini

Executive Director Treaty Department R.I.B. S.p.A., Milano

Il prodotto ha iniziato a essere studiato più di due anni fa ed ha avuto a base delle analisi il concetto fondamentale della ricerca di un prodotto che fosse "individuale" ma pensato per la collettività. Lo sviluppo dell'analisi ha avuto diverse fasi, la prima delle quali si è concentrata su quanto indicato dal Decreto Sacconi (fondi e mutui). Durante lo sviluppo dei differenti aspetti della polizza, i criteri legati alla fiscalità della stessa (detraibilità/deducibilità) non hanno trovato riscontro certo e definitivo nella giurisprudenza. Questo elemento ha costretto a una virata strutturale in corso d'opera, facendo sì che ci si rivolgesse a un criterio di "polizza" e non più "fondo/cassa", mantenendo comunque sempre attivi tutti quei criteri del Decreto Sacconi. La polizza inizialmente aveva un'impronta dedicata alle categorie quali quelle degli artigiani, dei commercianti e settori di PMI, non particolarmente tutelate sul fronte sanitario e pertanto nella struttura delle garanzie prestate, ci si è focalizzati su alcuni elementi centrali per questo tipo di cliente. Abbiamo, infatti, iniziato a pensare alle esigenze del "commerciante" e alla richiesta di tutela di dette categorie, ma analogamente abbiamo sempre tenuto in grande evidenza il fatto che il prodotto fosse commercializzato tramite una banca. Questo elemento ha fortemente condizionato la costruzione non solo delle garanzie vendute ma l'operatività intrinseca della polizza e degli apparati atti a garantirne il servizio. La vendita del prodotto doveva essere un rafforzamento del rapporto tra banca e cliente, consapevoli del rischio "rapporto" soprattutto in sede di sinistro.

L'acquisto, pertanto, consapevole è elemento cardine per tutte le parti nella distribuzione tramite questo canale e quindi la polizza, nelle diverse opzioni vendute, doveva essere di semplice e immediata comprensione, non solo per il cliente che acquista, ma anche per il distributore allo sportello che deve conoscere bene e assimilare un prodotto per poter velocemente rispondere al cliente e vendere la polizza.

Insieme al Riassicuratore con il quale abbiamo sviluppato il progetto, pertanto, è stato sviluppato una sorta di approccio progressivo alla polizza, tenendo conto di tutti gli elementi sopra richiamati ma ragionando anche sulle capacità reddituali del bacino di potenziali clienti ai quali ci si rivolgeva.

La polizza è quindi stata sviluppata con tre formule diverse, ognuna tarata a uno specifico settore del bacino: "smart", "more" ed "extra". Sono fasce crescenti in termini di garanzie ma evidentemente anche di spese.

In aggiunta a quanto sopra, una delle scelte fondamentali sulle quali tutti e tre gli attori (il



**SALUTE ADVANCE – la linea d'offerta LIS**

Un approccio "progressivo" nella strutturazione delle diverse linee d'offerta...

	FORMULA SMART	FORMULA MORE	FORMULA EXTRA
<b>Principali caratteristiche per linee smart</b>			
<b>Carica di rischio assicurativa</b>	Assicurazione per malattia e infortunio con franchigia di 100€	Assicurazione per malattia e infortunio con franchigia di 100€	Assicurazione per malattia e infortunio con franchigia di 100€
<b>Indicatore sintetico IOR al 31/12/15</b>	1,00	1,00	1,00
<b>Caratteristiche principali (copertura e premio)</b>	Copertura per malattia e infortunio con franchigia di 100€	Copertura per malattia e infortunio con franchigia di 100€	Copertura per malattia e infortunio con franchigia di 100€
<b>Indicatore di rischio assicurativo per linea smart (anche per assicurazioni a premio)</b>	1,00	1,00	1,00
<b>Estensione per la vita (anche per assicurazioni a premio)</b>	1,00	1,00	1,00

riassicuratore, la compagnia e la R.I.B.) si sono trovati d'accordo è il criterio di polizza indennitaria. Infatti, questo criterio rende la liquidazione del sinistro, nonché la stessa copertura, molto chiara e facilmente vendibile allo sportello.

Altro elemento di grande sensibilità del pubblico è quello del rimborso del ticket: un parametro innovativo appunto per il fatto che il ticket viene rimborsato per il 100% sia in ambito ospedaliero che per visite specialistiche e accertamenti.

Le coperture dentarie sono l'elemento critico in tutte le polizze sanitarie e in tal senso uno degli elementi di rischio di raggiungimento del risultato positivo. Nell'ambito di coperture di primo e secondo livello, quindi, sono stati inseriti elementi di igiene e prevenzione. Questo comporta che nel tempo l'assicuratore viene a "conoscere" il proprio cliente e riesce in un certo senso a controllarlo. Amplificando il concetto sulla popolazione in copertura, è quindi possibile delimitare molto di più l'alea di frode. Una regola di base in campo polizze rimborso spese mediche è che se un cliente spende 1.000 per una polizza vuole almeno averne vantaggio per 1.000. Ovviamente questo criterio non può far funzionare un prodotto assicurativo e pertanto, sia per mettere in sicurezza il prodotto, ma anche per renderlo attraente per la clientela, sono stati identificati, nell'ambito della polizza, elementi attrattivi. Primo fra tutti il Network. Il Network di livello offre la buona gestione del prodotto, rende il cliente soddisfatto, offre una vasta scelta di alternative per la prestazione richiesta, ma soprattutto propone tariffe calmierate e un buon controllo della spesa/sinistro. Venendo alle diverse formule di polizza, la formula "young" ha poi trovato un ottimo riscontro, rivelandosi molto snella nella presentazione e rivolgendosi agli "under 35". Ritorna pertanto a essere di grande validità uno dei parametri principali della capacità reddituale. Infatti, sebbene spesso chi si trova in questa fascia di età non ha una elevata capacità di spesa, sente tuttavia l'esigenza di una copertura assicurativa sanitaria integrativa.

Il successo di questa formula, pertanto, si lega soprattutto a quella serie di garanzie pensate nella direzione del "giovane" che, acquistando il prodotto, potrà quindi avere una copertura da infortunio, le prestazioni della garanzia dental (anche se in forma minore delle formule più complete), i benefici del Network al quale potrà accedere anche per prestazioni al di fuori delle garanzie di polizza a un prezzo assai calmierato, nonché i ticket pagati, a fronte di piccole rate mensili sul conto corrente.

SALUTE ADVANCE – la linea d'offerta 2/3

...con un'attenzione particolare ai clienti più giovani (fino a 35 anni di età)

**FORMULA YOUNG**

CATEGORIA	Indennità garantita	Indennità di gestione di infortunio	Protezioni odontoiatriche da infortunio	Protezioni odontoiatriche	Accertamenti fotografici e radiologici da infortunio	TICKET
OSPEDALIERE	€ 50 gg - rimborsazione interventi - 24 ore/24 interventi	€ 100 gg - rimborsazione interventi - 24 ore/24 interventi	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	100%
EXTRAOSPEDALIERE						

Indennità di gestione di infortunio  
Indennità di gestione di infortunio  
Protezioni odontoiatriche da infortunio  
Protezioni odontoiatriche  
Accertamenti fotografici e radiologici da infortunio  
TICKET



Proseguendo nella breve analisi dedichiamo un momento di attenzione al pricing. Nello strutturare i costi del prodotto, è stato posto l'accento sul concetto di spesa vs nucleo familiare. Abbastanza intuitivo, infatti, il fatto di necessariamente calmierare il costo per l'intero nucleo con l'applicazione di sconti, ma anche l'approccio mutualistico all'interno del nucleo stesso: diverse le fasce d'età, non c'è l'aggravamento del rischio per fasce geografiche, ecc. Una ulteriore innovazione, poi, è l'offerta che prevede l'assenza di variazione della tariffa nei primi due anni. Inoltre è stato possibile, per l'estrema modularità del prodotto, prevedere l'acquisto di differenti formule della polizza all'interno dello stesso nucleo familiare, pur mantenendo proporzionalmente i benefici degli sconti.

Commentiamo, infine, un elemento di grande difficoltà distributiva e analitica allo stesso tempo, ovvero la dichiarazione di buona salute. La dichiarazione che abbiamo strutturato è brevissima, composta da 7 domande chiave, molto ben comprensibili e poco contestabili dalla clientela che, ricordiamo, è sempre e soprattutto clientela della banca.

Il prodotto è stato immesso sul mercato a partire da febbraio 2015 e alla data odierna, sono state vendute 4.700 polizze.

Ottima anche la penetrazione dell'elemento LTC (copertura della non auto-sufficienza). Chi ha esperienza di vendita di LTC sa molto bene che questo è un prodotto vendibile quasi esclusivamente in ambito collettivo (Contratti Nazionali, Fondi, ecc.) ed è molto difficile riuscire a vendere questa garanzia in ambito di polizze individuali. Un altro elemento di risalto è la percentuale del 63% di conversione dei preventivi a polizze! Abbiamo pertanto un ottimo riscontro al prodotto, con un maggior peso alle formule "young" e "smart".

**SALUTE ADVANCE – la linea d'offerta 4/5**

Anche nelle modalità di esecuzione, abbiamo studiato una **modalità user friendly per la rete bancaria** (e per il cliente)

La sottostante **deklarazione di buona salute** comprende le principali dichiarazioni fornite dalla categoria del contratto e che il cliente accetta come necessari fondamentali per la sottoscrizione del contratto e per la determinazione della polizza. Si tratta di:

1. Essere affetto da malattie o condizioni patologiche che comportino un'alterazione sostanziale in grado di influenzare la valutazione del rischio assicurativo?  SI  NO
2. Essere affetto da malattie o condizioni patologiche che comportino un'alterazione sostanziale in grado di influenzare la valutazione del rischio assicurativo?  SI  NO
3. Aver subito interventi chirurgici o trattamenti medici che comportino un'alterazione sostanziale in grado di influenzare la valutazione del rischio assicurativo?  SI  NO
4. Aver subito in passato interventi chirurgici o trattamenti medici che comportino un'alterazione sostanziale in grado di influenzare la valutazione del rischio assicurativo?  SI  NO
5. Essere affetto da condizioni patologiche o disturbi cronici?  SI  NO
6. Presentare il diabete (malattia cronica) o condizioni di diabete?  SI  NO
7. Essere affetto da patologie o condizioni patologiche croniche?  SI  NO

Attraverso l'obbligo di una **dichiarazione di buono stato di salute di sole 7 domande**.



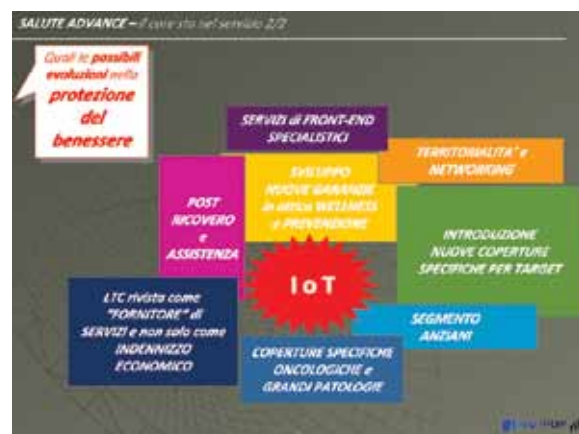
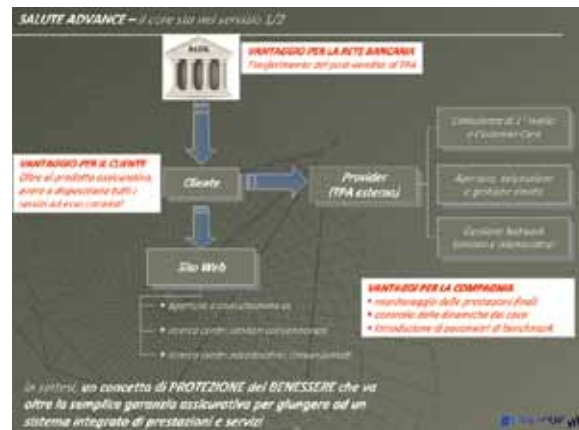
## Dott. Piero Massimo Andreoni

A questo punto, un'ultima riflessione, che vuole anche essere uno stimolo per il futuro: abbiamo studiato Salute Advance pensando non solo alla copertura assicurativa ma allargando il concept al concetto di servizio. Con l'ausilio di un TPA abbiamo così realizzato un front-end di assistenza ai clienti che gestisce anche il network delle strutture convenzionate e un sito web dedicato ai sottoscrittori di Salute Advance.

Servizi, questi, che per molti clienti rappresentano ormai una parte essenziale e non più distintiva dell'offerta.

Da questa nostra esperienza iniziale ne conseguono riflessioni volte a comprendere quali possono essere le sue evoluzioni (nuove idee di garanzie, di servizi soprattutto rivolti alla popolazione anziana, possibilità di costruire network locali, ecc), con particolare attenzione all'Internet of Things (IoT). Internet of Things è un nuovo termine che sta in qualche modo identificando l'uso di internet in tutti gli aspetti della vita quotidiana: l'automotive, la casa, la salute, la community, l'ufficio, ecc.. In particolare, nel mondo della salute già alcuni attori coinvolti hanno costruito portali dedicati, trasformando il prodotto assicurativo in un prodotto di wellness, anche con l'utilizzo di nuovi device. Ad esempio, una delle prossime frontiere dell'assicurazione sarà l'uso di IoT anche dispositivi oltre a quelli personali come orologi, braccialetti sanitari o automobili con scatola nera.

Ci siamo chiesti il motivo di tanto successo e la risposta che ci siamo dati è che lo IoT rende in qualche modo esperienziale la protezione. Con il digital applicato all'auto, alla casa o alla salute si rende esperienziale la protezione del rischio, trasferendo il focus del cliente dal concetto di rimborso a quello di prevenzione. Ma se questo paradigma è vero, possiamo altresì affermare che tutto ciò sta "cannibalizzando" il tradizionale concetto di assicurazione: maggiore sarà la diffusione dell'IoT, maggiore sarà la nostra capacità di prevenire il rischio. E riducendo il rischio, il bisogno assicurativo in termini di protezione perde la sua centralità d'offerta. In futuro il core dell'offerta assicurativa non sarà più solamente il rimborso, ma sarà la prevenzione e il ripristino. Infatti, quello che emerge dalle ricerche di mercato e dalle nostre prime esperienze di vendita è che il rimborso del danno sta diventando una commodity, in quanto il cliente, attraverso l'IoT e l'utilizzo dei device che lo completano, acquisisce un vissuto e una sensazione esperienziale, cioè un "always on"



nell'uso di tutti questi strumenti di protezione che trasformano la sua reazione, di fronte all'esigenza di protezione, in prevenzione e ripristino efficiente, non più solo rimborso economico.

Se questa riflessione corrisponde a verità, si spiega anche come mai i competitor del futuro potranno essere le grandi aziende digitali, cioè quelle società in grado di gestire le connessioni. Non a caso, Apple ha dichiarato che tra i suoi progetti futuri ci sarà l'auto digitalizzata.

Concludendo, è probabile che in futuro l'assicurazione dovrà ripensare completamente i prodotti, inglobando un concetto più ampio di filiera della protezione e questo implicherà anche riflessioni sulle leve distributive più efficaci.