

GESEA PAPER

PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO XI - N. 5

ELABORATO DA

gesea[®]
Audit & Fraud Management





MORTE FINTA, SOLDI VERI: LA TRUFFA DA 1,4 MILIONI CHE HA SORPRESO LA FRANCIA!

Un 60enne francese e la sua famiglia hanno truffato l'assicurazione simulando la propria morte. Prima il capofamiglia e suo fratello sarebbero morti in un tragico incidente (folgorazione) mentre la moglie era morta in un incidente stradale in Cameroun. In realtà l'intera famiglia era in buona salute e aveva simulato la propria morte per ottenere il capitale collegato a assicurazioni caso morte.

Una notizia che ha scosso la Francia che è descritta nei particolari nella rubrica "Occhio alle frodi" del presente numero del Gesea Paper a cui si aggiungono ulteriori fonti stampa collegate al tema "*insurance fraud*" avvenute su territorio nazionale.

Nella sezione "Gesea News" viene offerto un focus su un interessante studio della *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM), pubblicato su *Nature Medicine* che evidenzia il ruolo cruciale delle città mediterranee sul futuro bilancio delle vittime legate al caldo estremo.

Spazio infine al nuovo articolo della Rubrica "L'angolo di Marco Contini" a cura del Dott. Marco Contini, Insurance Business Advisor, Insurance Manager, Consulente strategico per Compagnie Assicurative, Esperto assicurativo in riorganizzazione e ristrutturazione aziendale, editorialista, saggista e opinionista, dal titolo "*Dallbogg, una crisi più che annunciata*".

Buona lettura!

A background image showing a business meeting. Two people in suits are seated at a table. One person is holding a document with a bar chart and a pie chart. The other person is pointing at the document. A laptop is visible on the table.

ALL'INTERNO

IVASS NEWS

Le principali notizie, i recenti comunicati stampa e gli aggiornamenti sono disponibili e possono apparire sul sito www.ivass.it per essere sempre aggiornati

da pagina 4

“OCCHIO ALLE FRODI!” (RUBRICA)

I fatti, gli eventi e le principali notizie reperite dalla stampa relative a truffe ed azioni fraudolente in campo assicurativo commesse ai danni delle Compagnie Assicuratrici

da pagina 5

“FOCUS SUL CODICE” (RUBRICA)

Aggiornamenti normativi, variazioni codicistiche ed adeguamenti legali in ambito assicurativo

11

“GESEA NEWS”

Ultime novità, iniziative, notizie reperite da Gesea

da pagina 12

“L'ANGOLO DI MARCO CONTINI” (RUBRICA)

Articoli sulla materia assicurativa

pagina 13



IVASS NEWS

- 05.05.2025** 19 giugno 2025 ore 11:30 - Relazione Annuale e Considerazioni del Presidente IVASS [LEGGI](#)
- 07.05.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi. [LEGGI](#)
- 07.05.2025** Avviso agli intermediari - Attenzione: un nuovo inganno in rete [LEGGI](#)
- 13.05.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 4 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 13.05.2025** Axiom Insurance Company Jsc: segnalata bozza di polizza fideiussoria contraffatta [LEGGI](#)
- 14.05.2025** La Compagnia MS AMLIN INSURANCE SE non emette polizze fideiussorie:
segnalate bozze di polizze contraffatte [LEGGI](#)
- 26.05.2025** Online il sito dell'Arbitro Assicurativo [LEGGI](#)
- 26.05.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 5 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 27.05.2025** Reclami ricevuti dalle imprese di assicurazione nel 2024 [LEGGI](#)
- 06.06.2025** Avvio della procedura di nomina del collegio dell'Arbitro Assicurativo [LEGGI](#)
- 10.06.2025** LUCURA VERSICHERUNGS AG non emette polizze fideiussorie a terzi [LEGGI](#)
- 11.06.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 16.06.2025** Riunione del Comitato per le politiche macroprudenziali [LEGGI](#)
- 16.06.2025** FWU LIFE INSURANCE LUX S.A. - avviso agli assicurati sull'offerta di nuovi servizi [LEGGI](#)
- 20.06.2025** SWISS RE INTERNATIONAL S.E.: segnalate polizze fideiussorie contraffatte [LEGGI](#)



OCCHIO ALLE FRODI!

8 maggio 2025

PERUGIA - Decine di vittime. Una maxi truffa assicurativa da oltre 800 mila euro. Quattro indagati, tra cui l'assicuratrice "infedele" e tre suoi familiari, a cui - secondo l'ipotesi d'indagine - girava i soldi delle polizze. La cifra ricostruita dagli inquirenti arriva a un totale di 826.398 euro. Siamo nell'Eugubino-Gualdese. L'ipotesi è quella di truffa e appropriazione indebita in concorso. "Con più azioni esecutive del medesimo disegno criminoso" è scritto nell'atto di indagine, la donna "si appropriava indebitamente di somme di denaro, versate dai clienti alla stessa, quale agente assicurativo, contraffacendo documentazione relativa alle polizze contratte dai clienti, in particolare con riferimento a false richieste di riscatto parziale degli importi versati con riferimento alle polizze vita e fondi pensione". E ancora, l'agente assicurativo si sarebbe appropriata "materialmente delle somme versate in contanti dai clienti, sempre con riferimento alle polizze vita e fondi pensione, ovvero stornando a suo favore" e a favore di altri tre soggetti, tutti familiari stretti, "le suddette somme versate dai clienti tramite bonifico o assegni, per un importo allo stato accertato di 785.931 euro con riferimento alle polizza vita e fondi pensione e di 40.467 con riferimento alle polizze danni, RCA e altri". Al momento le persone offese indicate negli atti sono i due rappresentanti della filiale assicurativa. Uno in particolare ha presentato querela. E un'assicurata. Ma risultano anche altri denunciati.

14 maggio 2025

FRANCIA - Secondo quanto riporta Le Parisien, un 60enne francese e la sua famiglia hanno truffato l'assicurazione simulando la propria morte. Secondo quanto riporta L'Argus, BPCE Assurance, Mutuelle Ivry la Fraternelle, BNP Paribas Cardif e Mutex sono tra gli assicuratori truffati. L'imputato avrebbe perso la vita il 13 novembre a seguito di un tragico incidente (folgorazione) in un maneggio. Pochi mesi prima, il fratello Justin era morto in circostanze simili, mentre la moglie Marthe era morta in un incidente stradale in Camerun. In realtà, l'intera famiglia era in buona salute e aveva simulato la propria morte per ottenere il capitale dalle compagnie con cui aveva precedentemente stipulato un'assicurazione caso morte.

I due figli di Joseph, che non sono mai stati dichiarati morti, saranno processati a settembre per aver riscosso parte degli 1,4 milioni di euro che la famiglia avrebbe cercato di ottenere. Lo schema è durato per un po', fino a quando alcuni assicuratori hanno notato delle anomalie nei documenti inviati dalla famiglia e hanno assunto un investigatore per andare a fondo della questione. Sulla base delle informazioni trovate, anche la brigata investigativa di iniziativa di L'Haÿ-les-Roses ha avviato un'indagine che ha portato all'arresto di Joseph e dei suoi due figli il 26 marzo.

Il fenomeno a quanto pare sta diventando sempre più diffuso. Qualche mese fa, nel dicembre 2024, un caso simile è stato processato a Chartres, nell'Eure-et-Loir. L'imputato aveva stipulato polizze caso morte con una ventina di compagnie assicurative, prima di fingersi morto. La madre, complice, aveva rubato una serie di certificati medici dall'ospedale e il decesso era stato dichiarato in municipio. Alla fine, è stato grazie alla vigilanza di un dirigente che una compagnia ha scoperto la truffa.

Gli assicuratori stanno cercando di organizzarsi all'interno di associazioni come Alfa (l'agenzia per la prevenzione delle frodi assicurative) per recuperare il ritardo e condividere le migliori pratiche. Nel 2023, secondo Alfa, l'ammontare delle frodi individuate nel settore delle assicurazioni previdenziali raggiungerà i 96 milioni di euro, rispetto ai 90 milioni di euro del 2022. Una cifra che continua a crescere nel corso degli anni.



OCCHIO ALLE FRODI!

15 maggio 2025

FROSINONE - Quattro avvocati, due fisioterapisti, un procacciatore di sinistri, due titolari di società di autonoleggio, un titolare di autocarrozzeria nonché i protagonisti di 29 incidenti e beneficiari degli indennizzi e i falsi testimoni. La procura di Frosinone ha chiuso le indagini preliminari nei confronti di 17 persone cui contesta, a vario titolo, i reati di associazione a delinquere, fraudolento danneggiamento di beni assicurati, falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale e in certificati, falsa testimonianza, sostituzione di persona, falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale e dal privato e false dichiarazioni fiscali sul volume di affari per le annualità 2018-2021. Lo scorso marzo, il gip del tribunale Ida Logoluso, su richiesta del sostituto procuratore Samuel Amari, aveva firmato un'ordinanza di custodia cautelare, eseguita dalla squadra di polizia giudiziaria della polizia stradale di Frosinone. Ai domiciliari erano finiti tre civilisti, appartenenti allo stesso studio legale: gli avvocati Alessandro Petricca, Diego Eugenio Bracaglia e Fabio Fascetti, tutti di Frosinone. I tre si erano poi autosospesi. Nei giorni scorsi sono stati revocati i domiciliari per Petricca e Bracaglia, misura sostituita con l'obbligo di dimora a Frosinone e Filetino. Per Petricca era scattato pure il divieto di esercitare gli uffici direttivi delle persone giuridiche. Inoltre, il gip aveva disposto gli obblighi di firma per altri quattro indagati, ovvero due fisioterapisti residenti a Frosinone Ceccano di 46 e 58 anni, l'ex segretaria dello studio legale e il suo compagno, di 48 e 46 anni di Frosinone e Ferentino. Ora la chiusura delle indagini preliminari per l'ipotesi di reato di associazione a delinquere a carico di 12 persone, tra cui quattro avvocati (per il quarto il gip respinse a marzo la richiesta di arresti domiciliari dopo gli interrogatori preventivi). Sono 29 gli incidenti stradali finiti nel mirino della procura di Frosinone che contesta, in qualche caso, come mai avvenuti e in altri che siano stati ingigantiti i danni a persone e cose e in altri ancora con l'aggiunta di terzi veicoli non coinvolti nel sinistro. E, più in generale, con danni e lesioni diversi da quelli formalmente denunciati. Per chi indaga sarebbero state prodotte documentazioni inveritiere, false cessioni di credito per noleggi di veicoli mai effettuati nonché ricevute fiscali relative a presunte prestazioni di fisioterapia rilasciate da professionisti non legittimati, avvalendosi anche di falsi testimoni. Petricca è considerato dall'accusa capo, promotore e organizzatore dell'associazione, mentre gli altri legali sono accusati di essere promotori e organizzatori dell'associazione, ovvero coloro che eseguono le direttive del capo pur operando con un'autonomia di gestione. Nel gruppo anche un soggetto con il ruolo di procacciatore dei sinistri da patrocinare e referente per alcuni falsi noleggi. Partecipi dell'associazione è la contestazione per i fisioterapisti e i titolari delle società di autonoleggio. Un sistema quest'ultimo, escogitato per aumentare le pretese risarcitorie nei confronti delle compagnie assicurative che, in qualche caso, hanno poi presentato denuncia. Nel gruppo c'era poi chi si preoccupava - secondo l'accusa - di realizzare sui veicoli le tracce dei danni prima dell'intervento dei periti. Viene contestato, poi, dalla procura l'utilizzo nelle cause promosse contro le assicurazioni di falsi testimoni (in un caso la moglie del danneggiato che dal giudice di pace avrebbe sostenuto di non conoscerlo all'epoca). Mentre ai fisioterapisti l'accusa contesta la mancanza dei titoli abilitativi e di idonei locali per esercitare la professione nonché la presentazione di documentazione, di diplomi, ritenuta artefatta. Infine, al solo Petricca vengono contestate false dichiarazioni per beneficiare del regime forfettario dell'Iva e per l'evasione delle imposte dirette per le annualità relative dal 2018 al 2021. Ora gli indagati, che hanno respinto le accuse già in sede di interrogatorio preventivo, avranno venti giorni di tempo per produrre memorie o farsi interrogare. Nel collegio difensivo gli avvocati Christian Alviani, Domenico Marzi, Antonio Perlini, Giampiero Vellucci, Nicola Ottaviani, Gian Marco De Robertis, Mario Cellitti, Giuseppe Spaziani, Claudia Padovani e Marilena Colagiacomo.

16 maggio 2025

BRINDISI - Diciotto persone risultano indagate nell'ambito di un'inchiesta su presunte truffe alle compagnie assicurative, condotta dalla Guardia di Finanza di Brindisi su mandato della Procura. L'indagine - ancora in fase preliminare - ruota attorno a falsi incidenti stradali messi in scena per ottenere indennizzi indebiti. In corso, fin dalle prime ore del mattino di giovedì 15 maggio, perquisizioni a tappeto tra le province di Brindisi e Taranto.

Gli accertamenti, coordinati dal sostituto procuratore Luca Miceli, coinvolgono avvocati, medici e privati cittadini. Le ipotesi di reato vanno dall'associazione a delinquere al falso ideologico, dal danneggiamento fraudolento di beni assicurati alla mutilazione fraudolenta della propria persona, fino alla falsificazione di polizze e certificati medici.

Nel mirino degli inquirenti sono finiti quattro studi legali - con sedi a Carovigno, Mesagne, Grottaglie e San Giorgio Jonico - oltre a strutture sanitarie pubbliche e private, tra cui l'ospedale "Antonio Perrino" di Brindisi. Le perquisizioni hanno interessato anche abitazioni, veicoli e studi professionali. In particolare, le Fiamme Gialle sono alla ricerca di materiale utile all'indagine: telefoni cellulari, computer, tablet e documenti cartacei.

Secondo quanto emerso, il presunto sodalizio avrebbe agito predisponendo falsi sinistri corredati da perizie mediche e legali costruite ad hoc, con l'obiettivo di ottenere indebitamente risarcimenti assicurativi. La Procura intende fare piena luce su un sistema articolato, in cui potrebbero essere coinvolti anche soggetti esercenti pubbliche funzioni.

Al momento non è escluso che il numero degli indagati possa aumentare. Le perquisizioni in diverse sedi, secondo fonti investigative, avrebbero già restituito riscontri ritenuti significativi per lo sviluppo dell'inchiesta.



OCCHIO ALLE FRODI!

8

19 maggio 2025

CASERTA - Una rete ben organizzata di falsi incidenti stradali e referti medici contraffatti è finita al centro di un'inchiesta della Procura della Repubblica di Milano, che ha chiuso le indagini nei confronti di 21 persone, in gran parte residenti nella provincia di Caserta, ma con coinvolgimenti anche nel napoletano e in Irpinia. L'indagine ha svelato un sistema collaudato, in cui figure professionali e cittadini comuni hanno collaborato per mettere in piedi un sofisticato schema truffaldino. Il meccanismo della truffa si basava su sinistri mai avvenuti, documentati da esami clinici falsificati, grazie alla complicità di medici, un radiologo e strutture sanitarie disposte a rilasciare certificazioni mendaci. Le lesioni venivano attribuite a soggetti che in realtà non avevano subito alcun danno, con l'obiettivo di ottenere indebiti risarcimenti da un importante gruppo assicurativo con sede a Milano, parte offesa nel procedimento. Le attività illecite si sono svolte principalmente tra Milano e l'agro Aversano, ma gli indagati provengono in gran parte dal casertano, confermando un legame diretto tra il territorio e la truffa. Tra questi figurano Francesco Gaglione, 34 anni, di Capodrise; Marcello Lettucci, 27 anni, di Marano di Napoli; Francesca Rinaldi, 28 anni, di Melito di Napoli; Claudio Di Pasquale, 52 anni, di Sessa Aurunca; Leonardo Apuzzo, 48 anni, di Bellona; Carmine Delle Bovi, 41 anni, di Grottolella; Milziade Pagliuca, 34 anni, di Cesinali; Sossio Vitale, 51 anni, di Trentola Ducenta; Francesco Pomponio, 25 anni, di Cardito; Maria Regina Coppola, 60 anni, di Brusciano; Michele Stringile, 30 anni, di Acerra; Alessia Del Prete, 27 anni, di Casal di Principe; Anna Damiano, 62 anni, di Casoria; Primo Matano, 41 anni, di Sessa Aurunca; Rudjon Hoxha, 35 anni, di Giugliano in Campania; Vincenzo Montano, 39 anni, di Acerra; Warda Rahal, 39 anni, di Avellino; Roberto Di Resta, 23 anni, di Sessa Aurunca; Alessandra Orabona, 31 anni, anch'ella di Sessa Aurunca; Giuseppe De Santis, 61 anni, di Napoli e Mario D'Angelo, 65 anni, sempre residente a Napoli.

22 maggio 2025

CASERTA - Sgominata un'organizzazione dedita alle truffe alle assicurazioni collegate a falsi incidenti stradali. Gli investigatori della polizia di Stato e della guardia di finanza sono impegnati in un'operazione finalizzata ad eseguire decreti di perquisizione nei confronti di 30 soggetti indiziati di fare parte di un'associazione per delinquere finalizzata alla commissione di truffe assicurative collegate a sinistri stradali fittizi. L'attività, coordinata congiuntamente dalle Procure della Repubblica di Roma e di Santa Maria Capua Vetere, ha permesso di ricostruire il presunto ruolo di alcuni avvocati che avevano il compito di curare tutto l'iter relativo ai falsi sinistri stradali, tenendo contatti con i medici nominati consulenti tecnici dai Giudici di Pace e con i medici e legali designati delle compagnie assicurative. Le indagini, condotte dalla Squadra Mobile della polizia di Stato di Caserta e dal Nucleo Polizia Economico-Finanziaria della guardia di finanza di Caserta, hanno fatto emergere come i sinistri, seppur distinti tra loro per tempi, luoghi e soggetti coinvolti, presentassero anomalie e dinamiche del tutto sovrapponibili; tra queste ricorrono l'investimento di pedoni su strisce pedonali o di soggetti in sella a biciclette (anche a due posti 'tandem'), nonché il mancato sopraggiungere sul posto di operatori delle forze di polizia. È emerso, inoltre, il ruolo di altri soggetti che hanno operato da intermediari occupandosi della individuazione delle persone che denunciavano i falsi sinistri a fronte della corresponsione di somme di denaro, pari a 100/150 euro, per ogni incontro (referti in nosocomi, visita CTU, procura presso studi notarili) e un saldo finale di 400/500 euro a chiusura della pratica. Le attività di indagine hanno permesso, inoltre, di accertare il coinvolgimento di alcuni Giudici di Pace dell'Ufficio di Santa Maria Capua Vetere, motivo per il quale la Procura della Repubblica di Santa Maria Capua Vetere ha stralciato parte del procedimento penale inviandolo, per competenza, alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Roma. Alla stregua di quanto attualmente emerge dalle indagini, i Giudici di Pace, a fronte della corresponsione di somme di denaro, avrebbero emesso sentenze compiacenti in favore degli avvocati, mediante l'accoglimento delle richieste di risarcimento per danni conseguenti a lesioni fisiche e morali subite da diversi soggetti a seguito di falsi sinistri denunciati. A seguito delle risultanze delle investigazioni svolte dalla Squadra Mobile di Caserta e dal Nucleo Polizia Economico-Finanziaria di Caserta, sono stati emessi decreti di perquisizione nei confronti di avvocati, medici, clienti e falsi testimoni, nonché di 3 Giudici di Pace.



OCCHIO ALLE FRODI!

23 maggio 2025

LUSCIANO (CE) - Sono 102 le persone indagate e altrettanti i decreti di perquisizione emessi dai pubblici ministeri Gerardina Cozzolino, Oriana Zona e Gionata Fiore della Procura di Santa Maria Capua Vetere, al termine di una complessa indagine condotta dalla Squadra Mobile della Questura di Caserta e dal Nucleo di Polizia Economico-Finanziaria della Guardia di Finanza. Le forze dell'ordine hanno smantellato una rete criminale specializzata in truffe alle assicurazioni attraverso la simulazione di incidenti stradali mai avvenuti. Le indagini, coordinate in sinergia con la Procura di Roma, hanno fatto emergere un articolato sistema illecito in cui alcuni avvocati svolgevano un ruolo centrale nella gestione dei falsi sinistri, supportati da una fitta rete di collaboratori e professionisti che rafforzavano il vincolo associativo. A capo dell'associazione a delinquere è risultato l'avvocato Giuseppe Luongo, 38 anni, di San Cipriano d'Aversa, coadiuvato dalla moglie Luigia Daniela Conte e da altri legali: Gabriele Calderone, Giancarlo Salzillo, Salvatore Santagata e Pasquale De Rosa. Il gruppo si avvaleva di veicoli intestati a prestanome, spesso non assicurati o non marcianti, per inscenare i finti incidenti, avvalendosi anche della complicità dell'agenzia Rafer srls e dell'autodemolitore di Antonio Prova. Il reclutamento dei finti conducenti, danneggiati e testimoni oculari era affidato a Vito Bianco, alla moglie Ester Coppola e a una rete di collaboratori fidati. Spesso venivano utilizzati documenti falsi o intestati a terzi, forniti da Antonio Piazza. In mancanza di medici compiacenti interni, venivano prodotti falsi certificati medici per simulare lesioni e prolungamenti della malattia. Un ruolo chiave lo svolgevano anche tre medici consulenti tecnici d'ufficio (CTU) nominati dal giudice di pace di Santa Maria Capua Vetere: Danilo Lisi, Gianluigi Di Stasio e Luigi D'Amico, che in cambio di tangenti rilasciavano false perizie a sostegno delle richieste risarcitorie. I risarcimenti versati dalle compagnie assicurative finivano nelle mani degli avvocati coinvolti, che prelevavano ingenti somme in contanti dall'ufficio postale di Lusciano grazie alla complicità del vicedirettore Orazio Maccarone. Il denaro veniva poi riciclato e reinvestito, anche attraverso bonifici fittizi gestiti da Alfonso Conte, fratello di Luigia Daniela Conte. Le indagini hanno infine coinvolto altri due legali, Michele Zagaria e Bruno Aurora, che avrebbero pagato mazzette fino a 2.000 euro per ottenere perizie favorevoli nei confronti dei loro assistiti nei contenziosi contro Uci Scarl e Alliance. Un'indagine che mette in luce un sistema criminale strutturato, capace di ingannare istituzioni e compagnie assicurative attraverso una rete capillare di complicità e corruzione.

27 maggio 2025

AVERSA (CE) La Procura della Repubblica di Aversa Napoli Nord ha notificato l'avviso di conclusione delle indagini preliminari a carico di 44 persone, alcune delle quali accusate del reato di associazione per delinquere finalizzata alla commissione di truffe attraverso l'utilizzo di carte Postepay e Mooney. Le indagini, coordinate dal sostituto procuratore Fabio Sozio, hanno ricostruito un articolato schema di truffe online, che coinvolgeva annunci fittizi per la vendita di pellet e di polizze assicurative RCA a prezzi vantaggiosi. Gli utenti, attirati dalle offerte pubblicizzate su siti e piattaforme digitali, contattavano numeri riconducibili – solo in apparenza – ad agenzie assicurative. A quel punto, venivano stipulati falsi contratti e richiesti pagamenti su carte prepagate intestate a prestanome, incaricati poi di prelevare il denaro. Il raggio emergeva solo in seguito, ad esempio durante controlli stradali o in occasione di sinistri, quando le presunte polizze risultavano inesistenti. Secondo gli inquirenti, il sodalizio sarebbe stato costituito da un gruppo operante tra Aversa, Parete, Castel Volturno, Caserta, Pozzuoli e altri comuni campani, con legami anche al di fuori della regione. Alla guida dell'associazione ci sarebbe un uomo noto solo con il nome di "Massimo", attualmente non identificato. Da qui le indagini con il coinvolgimento di un numero elevato di persone e la contestazione di circa 62 episodi di truffe. Secondo le indagini condotte dal Pm Fabio Sozio, a costituire il sodalizio criminoso sarebbe stati Andrea Martiniello di Aversa, Maria Cipriani di Parete, Fiorella D'Alterio di Parete, Maria Falco di Parete, Nadya Kit di origine Ucraina, Rosalba D'Orazio di Cesa, Daniela D'Orazio di Gricignano di Aversa, Francesca Mallardo di Parete, in concorso con un tale "Massimo" considerato a capo di questa associazione, allo stato non identificato. Diverse truffe sono contestate anche ad Agnese Auletta di Casal di Principe, Ciro Porzio di Marano di Napoli, Francesca Spino di Parete, Alessandro Cipriani di Parete, Teresa Simeoli di Parete, Patrizia Basco di Castel Volturno, Maria Teresa Di Martino di San Tammaro, Gaetano Vassallo di Frignano, Pasquale Masiello di Caserta, Giovanni Mele di Castel Volturno, Salvatore Cancelliere di Castel Volturno, Ida Cristiano di Casaluce, Salvatore Volpe di Pozzuoli, Mario Spinelli di Pozzuoli, Andrea Fioravante di San Marcellino, Salvatore D'Aria di Caserta, Barbara Teresa Klara di origini polacche, Eduardo Di Grazia di Aversa, Seema Rani di origini indiane, Massimo Colangelo di Battipaglia, Raffaella Gravante di Casagiove, Gennaro Scialò di Pozzuoli, Maurizio Capparella Santanastase di Sant'Angelo di Alife, Andrea Jedit Cucinotta di Quarto, Salvatore Solmonte di Pozzuoli, Rosario Ilardo di Pozzuoli, Christian Scuotto di Napoli, Anna Cipriani di residente Lusciano, Giuseppe Calenzo di Falciano del Massico, Roberto Brando di Quarto, Francesco Pio Palmentieri di Casavatore, Michele Grieco di Benevento, Giuseppe Migliaccio in Castel Volturno, Ernesto Parisi di Sant'Agnello, Francesco Del Gizzi di Castel Volturno, Antonio Erario di Casapesenna.



OCCHIO ALLE FRODI!

29 maggio 2025

MONZA - Nel corso di una decina d'anni, fino al 2023, avrebbe perpetrato una serie di truffe in ambito assicurativo a diversi clienti a Monza e in vari comuni brianzoli – Carate Brianza, Giussano, Lissone, Lentate sul Seveso, Desio, Muggiò, Verano Brianza, Seregno e Cesano Maderno – nell'ambito della sua attività di dipendente di diverse compagnie. Nei giorni scorsi agenti della Squadra Mobile di Monza hanno eseguito un ordine di carcerazione a Verano Brianza, emesso dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Monza, nei confronti di un cittadino italiano di 55 anni che deve espiare 5 anni e 9 mesi di reclusione. Sfruttando il rapporto di fiducia instaurato con i clienti nel corso degli anni, il 55enne avrebbe proseguito a offrire prestazioni professionali, in molti casi senza averne più titolo. Avrebbe fissato gli appuntamenti per la sottoscrizione e il rinnovo dei contratti di assicurazione direttamente a casa dei clienti o in alcuni esercizi commerciali, riscuotendo i soldi e limitandosi a consegnare o una fotocopia della carta verde o preventivi rilasciati da agenzie assicurative. Dopo alcuni giorni o settimane, i clienti avrebbero ricevuto raccomandate nelle quali veniva loro contestata la circolazione con veicolo sprovvisto di assicurazione. Ricontattato dalle vittime, il 55enne avrebbe rassicurato dicendo di sistemare la pratica – in alcuni casi giustificandosi dicendo di aver inserito nei terminali, per mero errore materiale, una targa differente – ma si sarebbe poi reso irreperibile. Appena emesso il provvedimento gli investigatori hanno effettuato un servizio di appostamento e hanno sorpreso il 55enne mentre stava rientrando verso la sua abitazione: è stato associato alla Casa Circondariale di Monza.

16 giugno 2025

PESCARA - Sta per entrare nel vivo una grossa inchiesta che coinvolge una sessantina di indagati fra cui anche medici, avvocati, forze dell'ordine, nonché un esponente della criminalità campana fino a qualche tempo fa sottoposto a protezione, e una intera famiglia dove spicca il principale protagonista di questa vicenda giudiziaria, J.B. titolare di una immobiliare e socio di uno dei centri medici finiti sotto inchiesta. Per quest'ultimo il pubblico ministero ha chiesto la custodia in carcere, mentre per altri 26 gli arresti domiciliari. Alla base di tutto, un grosso giro di incidenti falsi, o veri ma estremamente gonfiati, con attestazioni e prescrizioni mediche, per lo più concentrati nelle zone del Chietino.

In 25 sono accusati dalla Finanza di associazione per delinquere finalizzata a una lunga serie di delitti di fraudolento danneggiamento dei beni assicurati e mutilazione fraudolenta della propria persona, sostituzione di persona, falso materiale ed ideologico in atto pubblico, riciclaggio e autoriciclaggio e trasferimento fraudolento di valori. Vale a dire che i proventi di queste truffe venivano reinvestiti (dal promotore dell'organizzazione o da suoi collaboratori, parenti stretti e compagna) per acquistare immobili (anche da aste giudiziarie) da rivendere o da affittare, e quindi lucrando due volte secondo l'accusa.

È per questo che la procura ha anche chiesto il sequestro preventivo di 684mila euro. Una lunga indagine che risale al 2022 (e questo potrebbe pesare sull'attualità delle misure cautelari), nata da una parallela inchiesta sulle attività di un personaggio di spicco della malavita locale, per il quale la procura ha proceduto separatamente. L'accusa parla di una organizzazione di uomini e mezzi, anche per accompagnare i soggetti asseritamente danneggiati presso studi medici e centri diagnostici. Studi medici «compiacenti», secondo l'accusa, che servivano per visite «addomesticate» dei «pazienti sinistrati o al rilascio di certificato in assenza della visita stessa, strumenti elettronici deputati all'alterazione di referti medici (anche di presidi ospedalieri pubblici) tale da creare uno stabile sodalizio criminoso».

Insomma, l'organizzazione pensava a tutto per poter incassare le ricche liquidazioni delle società assicuratrici: inserivano nella pratica anche testimonianze o verbali di pg «confezionati ad hoc al fine di rafforzare la credibilità dell'evento, effettuavano visite mediche ed esami diagnostici su persone consenzienti disponibili a sottoporsi, in cambio di denaro, a visite ed esami in luogo dei soggetti danneggiati attraverso richieste compilate dai legali di fiducia.



OCCHIO ALLE FRODI!

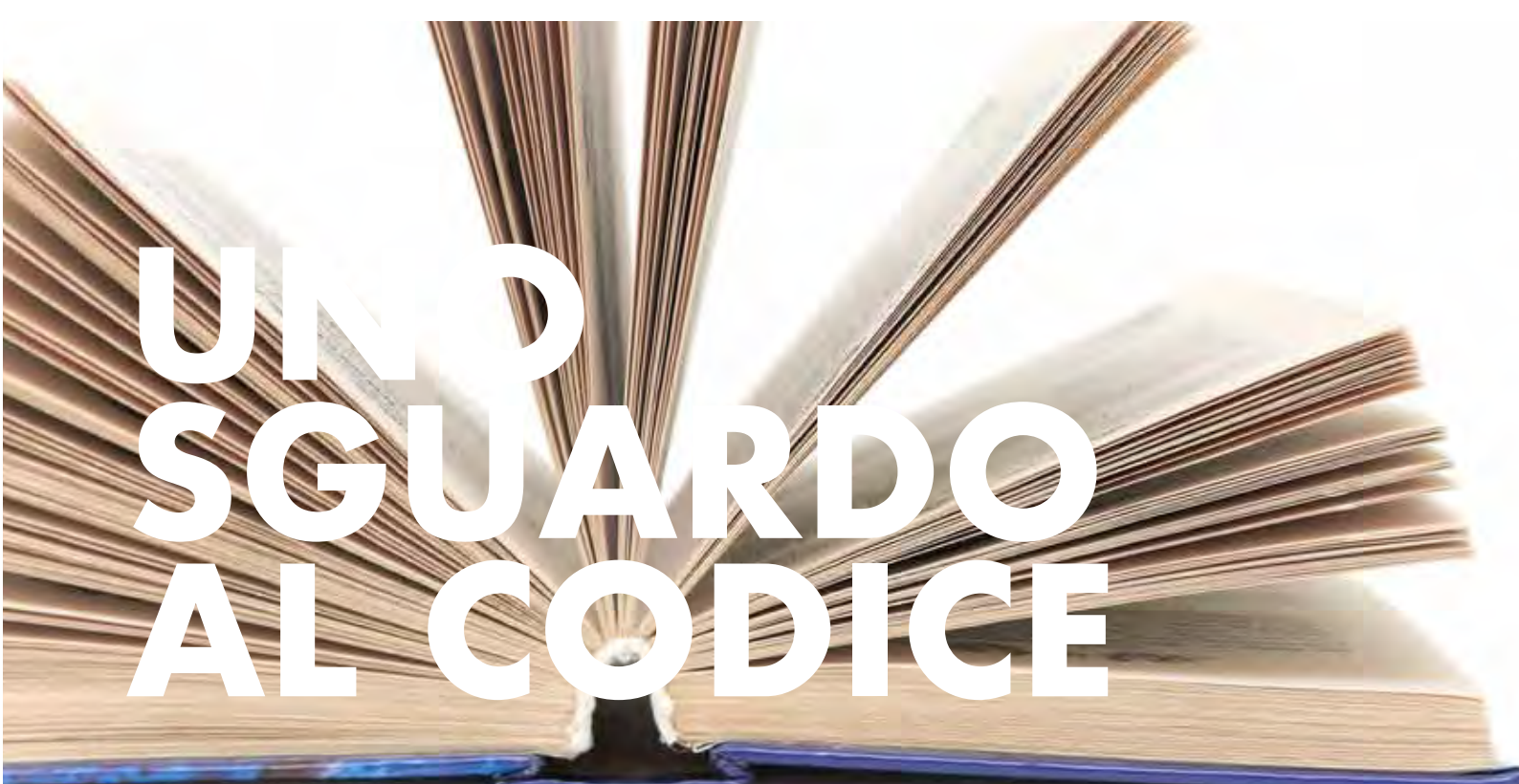
17 giugno 2025

SANTA MARIA CAPUA VETERE (CE) - Modifiche temporali ad alcuni capi di imputazione richieste dalla Procura. E' quanto accaduto nel corso dell'udienza preliminare celebratasi dinanzi al gup Pasquale D'Angelo per 30 persone, coinvolte nella maxi inchiesta condotta dalla Procura di Milano prima e da quella di Santa Maria Capua Vetere poi su un giro plurimilionario di truffe assicurative.

Dinanzi al gup si sono presentati Federico Catena, Dionigi Catena, Vittorio Alfiero, Andrea Alfiero, Antonio Di Dona, Ayoub Mouzhir, Yokoub Mouzhir, Salvatore Piccerillo, Giuseppe Caterino, Dario Santoro, Davide Della Corte, Francesco Pacia, Nicola Di Tella, Marco Catena, Michele De Rosa, Antonio Verone, Virginia Ranieri, Giuseppe Catena, Vincenza Castellari, Marcello Benetenuto Paoletta, Angelina Anna Mangiapelo, Filomena Di Marino, Alberto Cateno, Pietro Ponticelli, Mario Corvino, Raffaele Lucariello, Alfredo Celiento, Francesco Saggiomo, Mario Pietropaolo, Emilia Potenza. Sono ritenuti responsabili a vario titolo di associazione a delinquere finalizzata alla commissione di truffa aggravata, riciclaggio, autoriciclaggio, trasferimento fraudolento di valori, esercizio abusivo di attività assicurativa e di intermediazione assicurativa, uso di marchi e segni contraffatti.

Secondo quanto emerso dall'articolata attività d'indagine, partita nel 2017 a opera del nucleo investigativo dei carabinieri del Comando provinciale di Milano, con l'ausilio dei comandi provinciali territorialmente competenti, Dionigi e Federico Catena avrebbero messo su un sistema quasi perfetto fatto di contraffazione e commercializzazione mediante siti web di finti intermediari assicurativi, di polizze assicurative Rca temporanee, semestrali e annuali. Parte dei proventi illeciti venivano reinvestiti in attività commerciali intestate a prestanome (quasi 280) ma riconducibili sempre ai membri del sodalizio. Un giro di affari milionario che avrebbe assicurato ai sodali un elevato tenore di vita. Si torna in aula nel mese di dicembre.

Nel collegio difensivo sono impegnati gli avvocati Enzo Di Vaio, Katia Torromacco, Pasquale Diana, Mirella Baldascino, Nello Sgambato, Michele Di Fraia, Agostino D'Alterio, Luca Viggiano, Tammara Diana, Domenico Della Gatta, Enrico Maglieri Iascone, Carlo De Stavola, Renato Kappelli, Giacomo Cassandro, Antonio Massimo Grillo, Francesco Ianniello, Marco Ucciero, Giuseppe Ugo De Rosa.



UNO SGUARDO AL CODICE

ART. 1892 C.C.: NON SI SUBORDINA IL RIGETTO DEL SINISTRO ALL'AZIONE DI ANNULLAMENTO

Forse disattenta, un po' sfortunata, ma certamente non in buona fede è stata una professionista che pur munita di più polizze professionali, non è riuscita a far valere la garanzia assicurativa per il pasticcio professionale commesso. E alla luce della recente sentenza che andiamo a commentare, non di maggior fortuna gode la sfortunata danneggiata, ex cliente, perché in carenza della tutela offerta dalla polizza professionale, è obbligata ad escutere direttamente la professionista, con tutte le conseguenze del caso.

Il tutto nasce per la violazione dell'art. 1892 c.c., che impone all'assicurato, prima della stipula del contratto assicurativo, di fornire all'assicuratore tutte le informazioni necessarie all'assunzione del rischio, non omettendo circostanze che possano indurlo in errore o addirittura possano incidere sulla sua volontà a stipulare la polizza.

TERRENI E ANTICIPO INDENNIZZI

Negli ultimi mesi, il legislatore ha dimostrato un'insolita e, forse, eccessiva vivacità in materia di catastrofi naturali e assicurazioni. Il 31 marzo 2025 è entrato in vigore il decreto ministeriale n. 18/2025 inerente al Regolamento che stabilisce le modalità attuative e operative degli schemi di assicurazione dei rischi catastrofali, previsto dall'articolo 1, comma 105, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Inoltre, il 18 marzo 2025 è stata pubblicata la legge quadro n. 40 sulla ricostruzione post-calamità. Questa intensa attività legislativa ha sollevato un vivace dibattito tra gli addetti ai lavori e il mondo imprenditoriale, un fenomeno che, in materia normativa, non rappresenta mai un buon segnale.

GESEA NEWS

FOCUS

Caldo estremo: Roma, Napoli, Milano e Genova tra le 10 città europee più a rischio decessi

Il riscaldamento globale potrebbe causare oltre 2,3 milioni di morti in Europa entro la fine del secolo se non saranno adottate misure efficaci per ridurre le emissioni di carbonio. È quanto emerge da uno studio della *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM), pubblicato su *Nature Medicine*, che evidenzia il ruolo cruciale delle città mediterranee nel futuro bilancio delle vittime legate al caldo estremo.

Tra le dieci città europee che subiranno il maggior numero di decessi spiccano quattro italiane: **Roma (147.738 morti stimati), Napoli (147.248), Milano (110.131) e Genova (36.338).**

La città in assoluto più colpita potrebbe essere Barcellona, con 246.082 decessi. Anche città più piccole di Malta, Spagna e Italia potrebbero registrare tassi elevati di mortalità. La vulnerabilità dell'area mediterranea si deve non solo alle condizioni climatiche, ma anche alla maggiore densità di popolazione rispetto al Nord Europa. Lo studio sottolinea che, senza interventi significativi, l'aumento dei decessi causati dal caldo supererà di gran lunga la riduzione delle morti per freddo. Tuttavia, i ricercatori sottolineano che circa il 70% dei decessi stimati potrebbe essere evitato adottando politiche aggressive per ridurre le emissioni di carbonio. "Seguendo un percorso più sostenibile potremmo evitare milioni di morti entro la fine del secolo", ha spiegato Pierre Masselot, autore principale dello studio.

Le ondate di calore persistenti, con temperature fino a 10 gradi oltre la media stagionale, assenza di ventilazione e alti tassi di umidità, non solo rappresentano un rischio immediato per la salute ma aggravano anche patologie croniche. Colpi di calore, disidratazione e problemi cerebrovascolari, insieme all'inquinamento crescente, potrebbero aumentare la mortalità per malattie polmonari e cardiovascolari. Anche il settore assicurativo verrebbe inevitabilmente coinvolto. L'aumento delle malattie e dei decessi legati al caldo, insieme al moltiplicarsi di eventi meteorologici estremi, potrebbe portare a una crescita significativa dei costi per le coperture sanitarie e vita. Le compagnie assicurative saranno chiamate a rivedere le loro strategie di pricing, adattando i prezzi delle coperture alle nuove condizioni di rischio, con possibili ripercussioni sulle disponibilità di alcune polizze e sull'accessibilità economica per i clienti.

Per ricevere tutte le fonti stampa relative alla materia assicurativa in tempo reale, basta entrare nella nostra mailing list!

Inviando una e-mail all'indirizzo

info@geseagroup.com con oggetto "Iscrivimi alla mailing list

Antifrode", si potranno ricevere comodamente tutte le news sulla propria casella di posta elettronica!

Per un riepilogo delle news del bimestre poi... c'è sempre il Gesea Paper!

Gesea recupera le fonti informative da rassegna stampa nazionale d'internazionale e non si ritiene responsabile qualora fatti, nomi, dati ed eventi possano poi non corrispondere alla realtà.





L'ANGOLO DI MARCO CONTINI

Insurance Business Advisor

Dallbogg, una crisi più che annunciata

Dispiace dirlo ed affermarlo ma per chi conosce, bene e sottolineo Bene, il mercato assicurativo il provvedimento della Financial Supervision Commission (FSC), Autorità di vigilanza bulgara, emesso alle ore 12 del 10 Giugno 2025 non ha sorpreso molto. Basta leggere i commenti sui social legati alla vicenda e non ci si sorprende che , ora ma solo ora, molti affermino che non poteva che andare così , che si sapeva , che sarebbe accaduto.

Dall'Agosto 2023 Ivass , e fino a pochi mesi fa, aveva sanzionato pesantemente la DallBogg per mancato rispetto nella gestione dei sinistri , nella dilazione delle risposte alla liquidazione dei danni agli aventi diritto, nel silenzio a fronte dei reclami dei danneggiati.

Sarebbe bastato leggere su TrustPilot i commenti di chi aveva o ha avuto contatti diretti con la Compagnia assicurativa che opera in LPS in Italia non solo sulla Rca, settore già di per sè delicatissimo, ma anche nel Ramo 15, la Cauzioni, per capire che qualcosa non andava .

Per esperienza se un regolatore interviene per sospendere la emissione dei contratti i problemi possono essere pesanti e questo verrà accertato, il punto è che per l'ennesima volta ci troviamo di fronte ad una Compagnia che , a quanto ad oggi emerge, non è stata in grado di operare secondo norma.

Sulle società in LPS, Danni e Vita necessita che si possa intervenire modificando le attuali norme che appaiono ormai inadeguate ma bisogna che anche chi distribuisce questi prodotti si assuma le proprie responsabilità .

Personalmente già da almeno 10 mesi avevo adeguatamente informato distributori, agenti e broker, ed altri operatori di fare molta attenzione ai segnali che in maniera chiara arrivavano dal mercato (Truspilot e sanzioni Ivass) e di valutare con attenzione la emissione sia Rca che Cauzioni.

Le risposte agli alert le lascio solo immaginare!

Quindi sì a maggiori strumenti alla Vigilanza per intervenire con rapidità e maggior efficacia di fronte a queste situazioni ma soprattutto maggiore responsabilizzazione delle Reti distributive che, e lo dico con ragione di causa, sono (quasi) sempre a conoscenza, in anticipo, come detto di quello che propongono ai clienti e di conseguenza anche delle relative criticità della propria mandante, perché se così non fosse la cosa sarebbe ancor più grave.

Facciamoci tutti un bell'esame di coscienza e forse (per certo) i casi Novis, FWU, Eurovita e ora Dallbogg avrebbero potuto essere, almeno limitati nelle conseguenze se non evitati almeno in parte.

GESEA NEWS



DISCLAIMER

Nel presente documento sono riportate affermazioni riguardanti questioni finanziarie, regolamentari o legali le quali devono essere percepite come osservazioni generali; tuttavia nessuna dichiarazione o garanzia, espressa o implicita è fornita dalla Gesea relativamente all'accuratezza, completezza e correttezza delle stesse. In particolare il documento non è, né intende costruire, né potrà essere interpretato come un documento di offerta di vendita o sottoscrizione di alcun tipo di servizio. Né la Gesea, né alcuno dei suoi Amministratori e dipendenti assume alcun tipo di responsabilità derivante da danni indiretti eventualmente determinati dall'utilizzo del presente documento per quanto concerne le informazioni di carattere economico-legale. Il presente documento, pubblicato con cadenza bimestrale, è di proprietà di Gesea ed il suo contenuto non può essere copiato né riprodotto in nessuna forma senza l'autorizzazione della Gesea. I destinatari possono distribuire il documento esclusivamente per scopi interni.

GESEA PAPER

PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO 11 BIMESTRE 5 MAGGIO - GIUGNO 2025

CREATED BY UFFICIO STAMPA GESEA
GRAFICA E CONTENUTI A CURA DI:
UFFICIO MARKETING & COMUNICAZIONE
COPYRIGHT© GESEA



Tel. 800 984 203
Fax +39 0823 1602240

www.geseagroup.com
info@geseagroup.com
gesea@pec.geseagroup.com

