



20.078

Messaggio concernente la modifica della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA)

del 21 ottobre 2020

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di modifica della legge del 17 dicembre 2004¹ sulla sorveglianza degli assicuratori.

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

21 ottobre 2020

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Simonetta Sommaruga
Il cancelliere della Confederazione, Walter Thurnherr

¹ RS 961.01

Compendio

La legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) disciplina, dal 2006, la sorveglianza esercitata dalla Confederazione sulle imprese di assicurazione e sugli intermediari assicurativi. Sinora sono stati apportati adeguamenti mirati alla LSA. Con il presente progetto si intende adeguare la LSA alle mutate circostanze e agli sviluppi intervenuti negli ultimi anni in merito a tematiche specifiche.

Situazione iniziale

Dall'introduzione della LSA, è emersa l'esigenza di apportare alcune modifiche in determinati ambiti della legge. Per esempio, a differenza di quanto avviene per le banche, tuttora per le imprese di assicurazione non è prevista una specifica base legale in materia di risanamento. Dalla prassi è inoltre emersa l'esigenza, per le imprese di assicurazione i cui clienti rientrano unicamente nella categoria dei professionisti, di concedere agevolazioni in merito alla sorveglianza conformemente al principio di proporzionalità. Nel quadro dei lavori legislativi riguardanti la legge sui servizi finanziari (LSerFi), il Parlamento ha infine deciso che le norme di comportamento sancite nella LSerFi non possono essere applicate direttamente alle imprese di assicurazione, bensì devono essere inserite nella LSA.

Contenuto del progetto

La LSA dovrà includere, quindi, una regolamentazione del risanamento che consenta alle imprese di assicurazione insolventi di essere eventualmente risanate senza essere liquidate direttamente, se ciò permette di tenere conto degli interessi degli stipulanti in caso di crisi. In secondo luogo, e per la prima volta almeno nello spazio europeo, viene introdotta nel diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori una categorizzazione dei clienti che permette alle imprese di assicurazione di beneficiare di agevolazioni in particolare nel caso in cui i loro partner contrattuali sono rappresentati unicamente da clienti professionisti, che non necessitano di particolare protezione. Le imprese che presentano modelli aziendali particolarmente innovativi e moderni, rispettando le esigenze di protezione degli assicurati, potranno essere in parte o completamente esonerate dalla sorveglianza. In terzo luogo, in adempimento del mandato del Parlamento, per gli intermediari assicurativi sono introdotte norme di comportamento analoghe a quelle sancite nella LSerFi per quanto riguarda la vendita di prodotti assicurativi con carattere di investimento. Per questo tipo di prodotti in futuro si dovrà prevedere anche un foglio informativo di base. Parallelamente, alla legge sono state apportate modifiche di minore portata, rivelatesi opportune nel corso dei lavori. Dal punto di vista formale, l'introduzione delle sezioni ha permesso di rendere più chiara la struttura della LSA.

Indice

Compendio	7834
1 Situazione iniziale	7836
1.1 Necessità di agire e obiettivi	7836
1.2 Rapporto con il programma di legislatura e le strategie del Consiglio federale	7836
1.2.1 Rapporto con il programma di legislatura	7836
1.2.2 Rapporto con le strategie del Consiglio federale	7837
2 Procedura di consultazione (risultati e valutazione)	7837
3 Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo	7839
4 Punti essenziali del progetto	7839
4.1 La normativa proposta	7839
4.1.1 Risanamento delle imprese di assicurazione	7839
4.1.2 Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti	7841
4.1.3 Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi	7842
4.1.4 Procedura di mediazione	7843
4.1.5 Altri temi	7844
4.2 Proposte accantonate dopo la procedura di consultazione	7846
4.2.1 Imprese di riassicurazione estere con una succursale in Svizzera	7846
4.2.2 Modifiche del piano d'esercizio	7847
4.3 Attuazione	7847
5 Commento ai singoli articoli	7848
5.1 Legge sulla sorveglianza degli assicuratori	7848
5.2 Legge del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione	7914
5.3 Codice di procedura civile	7914
5.4 Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale	7915
5.5 Legge del 22 giugno 2007 sulla vigilanza dei mercati finanziari	7917
6 Ripercussioni	7918
7 Aspetti giuridici	7919
7.1 Protezione dei dati	7920
7.2 Deleghe di competenze legislative nuove o modificate	7920
Abbreviazioni	7921
Legge federale sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (Legge sulla sorveglianza degli assicuratori, LSA) (Disegno)	7923

Messaggio

1 Situazione iniziale

1.1 Necessità di agire e obiettivi

Prima del 2006, le regole in materia di sorveglianza delle imprese di assicurazione erano contenute in diverse leggi federali. Con la legge del 17 dicembre 2004² sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), entrata in vigore il 1° gennaio 2006, il diritto in materia di sorveglianza è stato accorpato in un unico atto legislativo. Da allora la LSA non è stata modificata, fatta eccezione per adeguamenti mirati in relazione ad altri progetti di legge (p. es. la legge del 22 giugno 2007³ sulla vigilanza dei mercati finanziari [LFINMA]). Nel corso del tempo la prassi ha dimostrato la necessità di apportare modifiche soprattutto in rapporto con il risanamento delle imprese di assicurazione, ma anche in altri ambiti.

La revisione parziale della LSA tiene conto degli sviluppi intervenuti nel mercato assicurativo e attua le prescrizioni del Parlamento scaturite dalle deliberazioni sulla legge del 15 giugno 2018⁴ sui servizi finanziari (LSerFi). Il progetto si prefigge inoltre di rafforzare, con adeguamenti mirati, la protezione degli assicurati e di allinearla agli sviluppi internazionali. Complessivamente si intende istituire un quadro normativo e di sorveglianza differenziato, che permetta di aumentare la competitività del settore assicurativo svizzero, da un lato, e di migliorare la protezione dei clienti, dall'altro.

1.2 Rapporto con il programma di legislatura e le strategie del Consiglio federale

1.2.1 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto è annunciato nel messaggio del 29 gennaio 2020⁵ sul programma di legislatura 2019–2023. Per contro non figura nel decreto federale del 21 settembre 2020⁶ sul programma di legislatura 2019–2023. La modifica della LSA è menzionata anche tra gli obiettivi del Consiglio federale per il 2020 (Parte I, pagg. 5, 15 e 45; Parte II, pag. 21).

L'inserimento di una regolamentazione del risanamento per le imprese di assicurazione – per le quali in caso di crisi sinora esisteva unicamente la possibilità di liquidazione – considerando gli sviluppi internazionali appare urgente, non solo nella situazione attuale dei tassi d'interesse, ma anche nell'ottica di una tutela adeguata degli interessi degli assicurati. Inoltre, nell'ambito dei lavori legislativi riguardanti la

² RS 961.01

³ RS 956.1

⁴ RS 950.1

⁵ FF 2020 1565

⁶ FF 2020 1695

LSerFi, il Parlamento ha deciso che le norme di comportamento nella fornitura di servizi assicurativi dovevano essere disciplinate nella LSA.

1.2.2 Rapporto con le strategie del Consiglio federale

La strategia del Consiglio federale in materia di politica dei mercati finanziari persegue tre obiettivi. Prima di tutto, le condizioni quadro devono rafforzare la competitività degli attori del mercato e far sì che il settore finanziario offra ai clienti prodotti di eccellente qualità, secondariamente il sistema finanziario deve rimanere stabile nell'insieme e, in terzo luogo, i clienti devono godere di una protezione adeguata.⁷

La proposta di concedere agevolazioni alle imprese di assicurazione i cui assicurati rispondono sufficientemente ai criteri di professionalità e non necessitano della stessa protezione normativa di altri assicurati contribuisce alla competitività del settore assicurativo e potrebbe rendere più convenienti i prodotti destinati alla clientela professionale. La possibilità di risanare un'impresa di assicurazione insolvente piuttosto che liquidarla, laddove così facendo si riduce il danno per gli assicurati, migliora la protezione della clientela senza penalizzare la competitività degli assicuratori. La procedura di mediazione contribuirà a risolvere le controversie tra le imprese di assicurazione e gli assicurati, prima di dover avviare un oneroso procedimento giudiziario. È dunque utile per entrambe le parti. Infine, il rafforzamento della sorveglianza di gruppi e conglomerati contribuisce alla stabilità del sistema, poiché nel settore assicurativo i rischi sistemici non scaturiscono di norma dall'assicurazione tradizionale dei rischi dei clienti, ma semmai da operazioni finanziarie che non sono in relazione con l'attività assicurativa e che, tendenzialmente, sono svolte piuttosto presso una filiale e non in una vera e propria impresa di assicurazione. La sorveglianza dei gruppi, diversamente da quella applicata a singole imprese di assicurazione, permette di vigilare su tali attività.

2 Procedura di consultazione (risultati e valutazione)

Il progetto è stato posto in consultazione dal 14 novembre 2018 al 29 febbraio 2019. In generale, il progetto è accolto favorevolmente dalla maggior parte dei Cantoni, dai partiti politici e dalle associazioni mantello dell'economia. Le organizzazioni degli ambienti interessati sono invece più scettiche e manifestano delle riserve. I pareri espressi sui punti principali del progetto possono essere sintetizzati e valutati come segue.

Risanamento delle imprese di assicurazione (cfr. anche il n. 4.1.1)

La proposta concernente la regolamentazione del risanamento è accolta in maniera sostanzialmente positiva da buona parte dei partecipanti alla consultazione. Oltre a

⁷ Cfr. in proposito il rapporto del Consiglio federale dell'ottobre 2016 «Politica dei mercati finanziari per una piazza finanziaria svizzera competitiva» consultabile sul sito www.sif.admin.ch > Documentazione > Pubblicazioni > Rapporto politica dei mercati finanziari.

qualche proposta minore finalizzata a meglio precisare i contenuti, in qualche caso viene messa in discussione la competenza dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) per l'esecuzione del risanamento.

Il disegno rimane pertanto fedele ai punti essenziali della regolamentazione del risanamento.

Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti (cfr. anche il n. 4.1.2)

Le proposte per l'introduzione di un sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti ottengono un riscontro prevalentemente favorevole, anche se il Partito socialista svizzero (PSS) e alcune organizzazioni per la protezione dei consumatori criticano questo modello o addirittura lo respingono, in particolare per quanto riguarda la definizione di stipulanti professionisti. La maggior parte dei Cantoni e alcuni rappresentanti di gruppi d'interesse hanno preferito astenersi dall'esprimere esplicitamente il loro parere sulla questione.

Anche su questo punto, il disegno resta per lo più fedele alla proposta posta in consultazione. La definizione di stipulante professionista viene allineata a quella contenuta nella revisione, nel frattempo approvata, della legge del 2 aprile 1908⁸ sul contratto d'assicurazione.

Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi (cfr. anche il n. 4.1.3)

Le definizioni degli intermediari assicurativi vincolati e di quelli non vincolati, come anche l'interdizione di operare simultaneamente come intermediario assicurativo vincolato e non vincolato, trovano il consenso e il sostegno della maggioranza, esattamente come le proposte riguardanti l'obbligo e le condizioni di registrazione. Le disposizioni sulla tenuta del registro, sulla prova della formazione e perfezionamento nonché l'obbligo di affiliazione a un organo di mediazione suscitano invece opinioni contrapposte. Fatte salve alcune critiche, le disposizioni sugli obblighi d'informare sono state perlopiù caldegiate. In generale, i partecipanti apprezzano l'obbligo d'informare i clienti delle indennità a favore degli intermediari assicurativi non vincolati.

Le proposte concernenti il disciplinamento delle assicurazioni sulla vita qualificate sono accolte favorevolmente dalla maggior parte dei partecipanti alla consultazione, seppure con numerose riserve. Suscitano pareri controversi in particolare la definizione dei prodotti di assicurazione sulla vita qualificata, il contenuto del foglio informativo di base e gli obblighi d'informare e di chiarimento degli intermediari assicurativi.

La definizione di intermediari viene mantenuta invariata rispetto all'avamprogetto. Il registro degli intermediari continuerà a essere tenuto dalla FINMA. La definizione di assicurazione sulla vita qualificata è stata riformulata sulla base degli esiti della consultazione.

Procedura di mediazione (cfr. anche il n. 4.1.4)

Il recepimento nella legge dell'organo o degli organi di mediazione e il proposto obbligo di affiliazione per le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi non vincolati suscitano opinioni controverse: la maggior parte degli interpellati si è dichiarata favorevole, mentre si sono opposti gli organi di mediazione esistenti, le organizzazioni di categoria e taluni partiti borghesi.

La regolamentazione proposta per gli organi di mediazione viene mantenuta. Dal punto di vista del cliente essa rappresenta chiaramente lo strumento di conciliazione più efficace. Alle perplessità emerse durante la consultazione si potrà far fronte con un organo di mediazione proprio dell'intermediario.

Altri temi (cfr. anche il n. 4.1.5)

La maggior parte delle restanti proposte oggetto della consultazione è accolta favorevolmente. A suscitare commenti contrapposti sono in particolare la proposta del nostro Consiglio di esonerare dalla sorveglianza le imprese con modelli aziendali innovativi e il nuovo obbligo di autorizzazione per le succursali di riassicurazione estere. Questo tema verrà ulteriormente trattato più avanti.

Per maggiori dettagli sui pareri pervenuti durante la consultazione, si rimanda al corrispondente rapporto sui risultati.

3 Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo

Il presente progetto di modifica della LSA è armonizzato con i principi chiave per una sorveglianza efficace sulle assicurazioni («Insurance Core Principles», ICP) sviluppati dall'Associazione internazionale degli organi di vigilanza nel settore assicurativo («International Association of Insurance Supervisors», IAIS) e con normative analoghe in vigore nei vicini Paesi europei. Inoltre accorda molta importanza all'equivalenza con la normativa dell'UE nel settore assicurativo. Ulteriori spiegazioni in merito al diritto comparato sono riportate nell'allegato 1.

4 Punti essenziali del progetto

4.1 La normativa proposta

4.1.1 Risanamento delle imprese di assicurazione

Il diritto vigente

Sinora la normativa vigente in materia di assicurazioni non prevede una regolamentazione specifica del risanamento che tenga conto delle peculiarità dell'attività assicurativa. La LSA menziona il risanamento unicamente come possibilità, in quanto prevede il fallimento dell'impresa di assicurazione solo se non vi è alcuna prospettiva di risanamento o il risanamento è fallito (art. 53). Inoltre, dal momento che l'applicabilità delle disposizioni generali relative alla procedura concordataria

secondo la legge federale dell'11 aprile 1889⁹ sulla esecuzione e sul fallimento (LEF) è espressamente esclusa (cfr. art. 53 cpv. 2), attualmente mancano le basi giuridiche per svolgere una procedura di risanamento nelle imprese di assicurazione. Viceversa, per le banche esiste da alcuni anni una regolamentazione speciale del risanamento (cfr. art. 28–32 della legge dell'8 novembre 1934¹⁰ sulle banche [LBCR]).

In assenza di norme, la FINMA può unicamente disporre «provvedimenti conservativi» se gli interessi degli assicurati sono messi in pericolo, ad esempio a causa delle difficoltà finanziarie di un'impresa di assicurazione (art. 51). Questi provvedimenti, pur comprendendo espressamente il trasferimento del portafoglio a un'altra impresa di assicurazione (art. 51 cpv. 2 lett. d), non prevedono né misure che intervengano sul capitale né la possibilità di tangere diritti di terzi affinché il risanamento abbia esito positivo.

Con tali premesse, in base al diritto vigente la FINMA nel caso in questione è di fatto obbligata a dichiarare il fallimento, anche se l'impresa di assicurazione coinvolta potrebbe essere risanata. Questa circostanza può provocare risultati deplorabili (soprattutto a scapito degli assicurati). Segnatamente nell'ambito delle assicurazioni malattie e sulla vita, gli assicurati hanno di regola un maggiore interesse a proseguire i loro contratti di assicurazione piuttosto che a rescinderli in seguito al fallimento dell'impresa di assicurazione. In questo ambito, per loro è spesso difficoltoso ottenere una copertura assicurativa analoga presso un altro assicuratore (a causa delle riserve dovute a malattie preesistenti o all'età e dei premi più elevati). Nella maggior parte dei casi, per gli assicurati il risanamento di un'impresa di assicurazione sarebbe dunque più favorevole rispetto alla dichiarazione di fallimento.

La normativa proposta

Istituire una base legale in materia di risanamento per le imprese di assicurazione è oggi non solo opportuno, ma assolutamente necessario. L'obbligo di fatto di dichiarare il fallimento da parte della FINMA deve essere sostituito da un diritto in materia di risanamento che tenga in adeguata considerazione le circostanze caso per caso. La normativa proposta si basa sulle disposizioni previste per il risanamento delle banche, pur considerando specifiche esigenze in ambito assicurativo.

Il diritto in materia di risanamento necessita di disposizioni formali e materiali. Dal punto di vista formale occorrono le necessarie basi giuridiche che consentano alla FINMA di avviare e svolgere una procedura di risanamento e di emanare le necessarie disposizioni d'esecuzione. Le disposizioni materiali disciplinano segnatamente le misure di risanamento, ad esempio il trasferimento del portafoglio a un'altra impresa di assicurazione o a una società subentrante oppure il mantenimento del portafoglio nell'impresa di assicurazione esistente, sempre con la possibilità di tangere eventualmente i diritti dei creditori. Tra le misure ipotizzabili che riguardano il capitale si annoverano, ad esempio, la riduzione e il successivo aumento del capitale azionario o la trasformazione di determinati crediti in diritti di partecipazione («bail-in»), osservando il principio che nessun creditore può essere svantaggiato rispetto a

⁹ RS 281.1

¹⁰ RS 952.0

quanto sarebbe avvenuto in caso di fallimento dell'impresa di assicurazione (principio «no creditor worse off than in liquidation»).

La procedura di risanamento è finalizzata a evitare il rischio di insolvenza. L'impresa di assicurazione deve essere organizzata in modo tale da superare le situazioni di emergenza finanziaria e impedire la procedura fallimentare. Conformemente allo scopo della LSA, la procedura di risanamento ha come obiettivo principale la protezione degli assicurati. Come già accennato in precedenza, diversamente dai clienti delle banche gli stipulanti hanno un interesse prevalente a proseguire il loro rapporto contrattuale, soprattutto perché in determinate circostanze passare a un'altra assicurazione può essere molto difficile. Lo scopo del risanamento non è quindi necessariamente la sopravvivenza dell'impresa di assicurazione coinvolta, quanto piuttosto il mantenimento del portafoglio degli assicurati. Questo obiettivo può essere raggiunto trasferendo il portafoglio a un'altra impresa di assicurazione. È altresì ipotizzabile che un fallimento dell'impresa assicurativa e, quindi, l'immediata risoluzione dei contratti assicurativi siano evitati mediante il risanamento nell'intento di adempiere in via ordinaria gli obblighi derivanti dai contratti assicurativi in essere senza stipularne di nuovi, per poi esonerare la società dalla sorveglianza degli assicuratori (cosiddetto «run off»). Di norma, un'impresa di assicurazione successivamente a un'operazione di risanamento viene posta in liquidazione ordinaria.

4.1.2 Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti

Il diritto vigente

Fondamentalmente la LSA è basata su un'esigenza unitaria di protezione degli assicurati. Ciò significa che ai sensi del diritto in materia di sorveglianza non si valutano o differenziano sistematicamente le diverse esigenze di protezione degli assicurati (privati, piccole e medie imprese, grandi clienti, assicuratori diretti) e di conseguenza i requisiti prudenziali non sono strutturati in categorie. Solo la regolamentazione della riassicurazione ha permesso di fare una distinzione in fatto di applicabilità delle disposizioni della LSA in materia di protezione (cfr. art. 35). Il diritto vigente differenzia quindi soltanto il grado di regolamentazione e di sorveglianza, maggiore per gli assicuratori che operano nel settore dell'assicurazione diretta e minore per quelli che operano nell'ambito della riassicurazione.

La normativa proposta

Con la presente modifica, il grado di regolamentazione e di sorveglianza nei confronti dell'assicuratore non dipenderà più dallo *scopo* dei suoi principali rapporti assicurativi (assicurazione diretta o riassicurazione), bensì dall'*esigenza di protezione* dei suoi assicurati. Devono pertanto essere definiti diversi segmenti di assicurati. In questa ottica, conformemente al principio di proporzionalità anche l'attività di assicurazione diretta può essere assoggettata a una regolamentazione e a una sorveglianza di minore intensità, purché gli stipulanti dei contratti siano professionisti (come i grandi clienti). Se l'assicuratore ha soltanto stipulanti professionisti, si può rinunciare alle disposizioni riguardanti la garanzia delle pretese degli assicurati

(patrimonio vincolato), poiché gli stipulanti professionisti sono in grado di adottare opportune misure di protezione di loro iniziativa. Inoltre, gli stipulanti professionisti sono capaci di valutare la stabilità finanziaria dell'impresa di assicurazione a cui fanno capo e i dettagli del contratto assicurativo.

Dal momento che nel settore assicurativo l'obiettivo della regolamentazione e della sorveglianza è logicamente meno orientato alla protezione del funzionamento (stabilità del sistema) rispetto al settore bancario, un grado di regolamentazione progressivo non comporta rischi insostenibili per la piazza finanziaria. Questo sistema permetterà piuttosto alla Svizzera di rimanere competitiva a livello internazionale. Sarà inoltre accordata grande importanza al mantenimento dell'equivalenza con la normativa dell'UE. Infine, gli adeguamenti non dovranno mirare a imporre nuove strutture ai gruppi assicurativi (p. es. non deve essere richiesta una separazione dell'attività con stipulanti non professionisti). Le imprese di assicurazione sarebbero così libere di scegliere la struttura che consenta loro di beneficiare di agevolazioni.

4.1.3 Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi

Nel corso dei dibattiti riguardanti la LSerFi, il Parlamento ha stabilito che le norme di comportamento previste in questa legge per i fornitori di servizi finanziari – ossia in particolare gli obblighi di informazione e documentazione nei confronti dei clienti – non possono essere direttamente applicabili al settore assicurativo, e che queste regole andavano invece sottoposte a una procedura di consultazione distinta nell'ambito della modifica della LSA. L'obiettivo incontestato era quello di creare un contesto di condizioni paritetiche («level playing field») per i prodotti d'investimento. Le assicurazioni di rischio puro non sono quindi soggette alle nuove regole. In linea con questo mandato, il progetto in esame prevede siffatte regolamentazioni, studiate appositamente per soddisfare le esigenze specifiche degli stipulanti. Ad esempio, prima di raccomandare un'assicurazione sulla vita qualificata l'intermediario assicurativo deve verificare se il prodotto in questione è appropriato per lo stipulante e quali siano le conoscenze e l'esperienza di cui questi dispone. Inoltre, l'intermediario assicurativo è tenuto a documentare quale assicurazione sulla vita qualificata sia stata stipulata, le conoscenze ed esperienze rilevate dello stipulante e l'avvenuta verifica dell'appropriatezza. Lo stipulante deve altresì essere informato in merito all'indennità che l'intermediario assicurativo riceve da terzi per la prestazione resa. A tale riguardo viene anche messo in chiaro che gli intermediari assicurativi non possono operare simultaneamente sia come intermediari vincolati che come intermediari non vincolati, in quanto solo questi ultimi intrattengono un rapporto di fiducia con gli assicurati. Infine, come già avviene per la vendita di strumenti finanziari complessi, anche per la vendita di assicurazioni sulla vita qualificate agli assicurati deve essere fornito un foglio informativo di base contenente informazioni chiare e facilmente comprensibili sul prodotto.

4.1.4 Procedura di mediazione

Gli organi di mediazione corrispondono agli standard internazionali e sono conformi alla consolidata tradizione della procedura di conciliazione. Entrambe le parti devono avere la possibilità di invocare un organo di mediazione indipendente, imparziale, con specifiche conoscenze specialistiche e riconosciuto dallo Stato, senza in tal modo limitare i diritti e le garanzie procedurali generali. L'applicazione della legge a livello giudiziario è invece completata e rafforzata da un utile e collaudato strumento di risoluzione consensuale extragiudiziale delle controversie.

Nell'ambito delle assicurazioni private esistono attualmente già due organi di mediazione: la Fondazione Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva nonché l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie. Questi due organi di mediazione coprono una notevole parte del mercato delle assicurazioni e, avendo dato prova della loro validità nella prassi, non devono quindi essere messi in discussione con questo progetto. Tuttavia, in analogia ai principi in vigore dal 2020 per i fornitori di servizi finanziari secondo la LSerFi, per tutte le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi dovrà ora essere sancito l'obbligo di affidarsi a un organo di mediazione. È opportuno che tale obbligo di affiliazione venga previsto non solo per il settore delle assicurazioni sulla vita qualificate ma in generale per tutte le imprese di assicurazione e ora anche per gli intermediari assicurativi non vincolati. Gli organi di mediazione necessitano inoltre del riconoscimento del Dipartimento federale delle finanze (DFF). In conformità con le pertinenti disposizioni della LSerFi, tale riconoscimento è vincolato all'adempimento di determinati semplici presupposti fondamentali.

Viene quindi lasciata al ramo assicurativo la facoltà di organizzare la propria procedura di mediazione nel rispetto di queste prescrizioni legali minime nel senso di un'autodisciplina. A tal fine è ipotizzabile che i due organi di mediazione esistenti estendano la loro attività a tutte le imprese di assicurazione assoggettate all'obbligo di affiliazione, e che gli intermediari assicurativi indipendenti istituiscano un proprio organo di mediazione. Come previsto dalla LSerFi per i fornitori di servizi finanziari, in assenza di un organo di mediazione spetterebbe al Consiglio federale istituirne uno. Già oggi è evidente però che gli intermediari assicurativi non verrebbero assegnati ai due organi di mediazione sopra citati ma che, in questo caso, si dovrebbe trovare un altro istituto.

È stata respinta l'idea di introdurre, invece di un organo di mediazione, l'obbligo per gli intermediari assicurativi di stipulare un'assicurazione di responsabilità civile professionale con estensione della responsabilità, poiché così facendo le controversie tra intermediari e stipulanti sarebbero in ultima istanza portate davanti all'impresa di assicurazione in questione. Questa soluzione avrebbe lo svantaggio che un organo di mediazione sarebbe a disposizione di una parte del mercato assicurativo, ma non dell'altra. Il ricorso a un organo di mediazione deve però consentire in primo luogo di chiarire velocemente ed efficacemente le divergenze tra clienti e intermediari e quindi di appianarle in maniera pragmatica. Supponiamo che il cliente debba prima interpellare il proprio intermediario e questi a sua volta il proprio assicuratore di responsabilità civile professionale, e che poi tutti insieme debbano rivolgersi all'organo di mediazione delle assicurazioni: è ovvio che seguendo questa procedura

anche una piccola divergenza rischia di ingigantirsi velocemente e di sfociare in una controversia. La presenza di un organo di mediazione neutrale deve e può impedire che quanto sopra si verifichi.

4.1.5 Altri temi

- Nel corso della consultazione i Cantoni soprattutto hanno chiesto che nella legge fosse espressamente disposto di non assoggettare alla LSA gli assicuratori cantonali di diritto pubblico (in particolare gli assicuratori per gli edifici, ma anche ad esempio la Caisse cantonale d'assurance populaire di Neuchâtel). Indiscutibilmente con la presente revisione non si intende modificare nulla riguardo alla sorveglianza cui sono sottoposti i citati assicuratori, come risulta in particolare anche dalla prassi del Tribunale federale (cfr. DTF 138 I 378, consid. 9.5). Una nuova deroga esplicita nella LSA per le imprese di assicurazione di diritto pubblico cantonale potrebbe invece essere interpretata nel senso che la deroga per i monopoli esistenti in futuro possa essere ulteriormente estesa. Tuttavia nessuno è intenzionato a farlo, e sul piano internazionale metterebbe la Svizzera nelle condizioni di dover dare delle spiegazioni. È pertanto opportuno non prevedere una norma esplicita in tal senso.
- Sempre nel corso della consultazione, da parte del settore è stato inoltre chiesto di assoggettare le società veicolo di assicurazione a una sorveglianza ridotta secondo la LSA. Mentre gli assicuratori in proprio possono in linea di principio coprire direttamente anche i rischi di imprese non assicurative, le società veicolo di assicurazione si fanno carico solo dei rischi di imprese di assicurazione diretta e di imprese di riassicurazione, e successivamente assicurano il rischio assunto emettendo titoli del debito postergati, ad esempio cosiddette «obbligazioni catastrofe». Da un punto di vista economico, i rischi vengono in tal modo trasferiti al mercato dei capitali. In Svizzera, il diritto attualmente vigente non prevede disposizioni particolari (come p. es. in Germania o nel Regno Unito). Di norma quindi le società veicolo di assicurazione sottostanno come imprese di assicurazione alle norme generali sulla sorveglianza previste dalla LSA. Considerate la funzione e la struttura delle società veicolo di assicurazione descritte, tale assoggettamento alla sorveglianza assicurativa si dimostra non opportuno. Se partiamo da considerazioni di natura liberale e basate sui rischi, ovvero in questo caso non vi sono assicurati da proteggere, si può addirittura rinunciare anche a una sorveglianza ridotta secondo la LSA.
- Il settore ha altresì chiesto che per la presentazione delle indicazioni riguardanti l'attività all'estero da parte delle imprese di assicurazione si rinunciasse alla fornitura di un'autorizzazione della competente autorità estera di sorveglianza o di un'attestazione equivalente (cfr. art. 4 cpv. 2 lett. c LSA). La relativa proposta avanzata dal settore, ossia di dover fornire solo «indicazioni relative all'attività assicurativa esercitata all'estero», renderebbe la formula praticamente priva di contenuti e non sarebbe idonea a conseguire lo sco-

po che la norma persegue (riduzione in particolare dei rischi di reputazione nell'attività all'estero). In sede di elaborazione delle ordinanze sarà però da verificare se nel termine «attestazioni equivalenti» non possono rientrare anche altre prove relative alla garanzia basata sui rischi di un'attività estera esercitata conformemente alla legge.

- Il test svizzero di solvibilità (SST) deriva dalle novità introdotte nel 2004 nella LSA secondo le quali la solvibilità degli assicuratori deve essere determinata in base al rischio (art. 9 LSA). Sebbene il test SST non sia esplicitamente menzionato, da un punto di vista materiale è già implicitamente ancorato nella LSA, ma nei riformulati articoli 9–9b D-LSA trova una base formale inequivocabile. Contestualmente è stata eliminata la terminologia non più aggiornata, ancora orientata alle vecchie disposizioni sulla solvibilità. Il presente progetto non modifica tuttavia i criteri di ponderazione del test SST, poiché la necessaria specificazione non può senz'altro avvenire a livello di legge. Uno degli elementi fondamentali di qualsiasi sistema per determinare la solvibilità è rappresentato dalle modalità di valutazione delle posizioni di bilancio. Il Consiglio federale ritiene che il modo più idoneo per determinare la solvibilità di un'impresa di assicurazione sia quello di valutarne gli attivi e i passivi ai rispettivi prezzi di mercato. Così facendo infatti a ciascuna posizione di bilancio viene attribuito esattamente il valore al quale essa potrebbe essere alienata. Quello che ne risulta è un quadro che, non essendo falsato, è ottimale ai fini della determinazione della solvibilità. Nel corso della consultazione gli assicuratori hanno giustamente fatto notare che non tutte le posizioni di bilancio di un assicuratore erano regolarmente oggetto di scambio su un mercato, e hanno conseguentemente concluso che la formulazione fosse da cambiare. L'espressione «valori conformi al mercato» proposta dal Consiglio federale tiene comunque già conto di questa fattispecie, tanto che nell'ordinanza del 9 novembre 2005¹¹ sulla sorveglianza (OS), che utilizza la medesima espressione, viene spiegato in dettaglio come determinare i valori di mercato in assenza di transazioni sul mercato. Nella versione tedesca della legge non è quindi necessario introdurre il nuovo termine «marktkonform», così come proposto dal settore assicurativo. Anzi, sostituire l'attuale termine tedesco («marktnah») potrebbe erroneamente indurre a pensare che sia stata apportata una modifica al principio di valutazione del SST.
- Al termine della procedura di consultazione, nella legge è stata conferita al Consiglio federale la competenza di imporre, a complemento delle prescrizioni sulla solvibilità, ulteriori sistemi relativi ai requisiti di capitalizzazione, segnatamente per le imprese di assicurazione, i gruppi e i conglomerati assicurativi attivi a livello internazionale, per adempiere le norme sul capitale internazionali (cfr. art. 9c D-LSA).
- È stata inoltre attribuita alla FINMA una nuova competenza, analogamente a quella introdotta per la regolamentazione delle banche di rilevanza sistemica, che potrà esigere dalle grandi imprese di assicurazione l'elaborazione di

¹¹ RS 961.011

piani di stabilizzazione in vista di una possibile crisi (cfr. art. 22a D-LSA). Anche in questo modo si tiene conto degli sviluppi internazionali.

- Con la revisione del diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori negli anni 2004–2006 sono state introdotte per la prima volta nella LSA disposizioni particolari che considerano la prospettiva del gruppo. Tuttavia, questa sorveglianza di gruppi non è a sé stante, bensì complementare all’ottica del singolo istituto (art. 66, primato della sorveglianza individuale). La sorveglianza di gruppi deve essere ulteriormente rafforzata, ad esempio introducendo anche a livello di gruppo l’obbligo di ottenere l’autorizzazione dalla FINMA delle nomine e dei cambiamenti di persone che devono fornire la garanzia di un’attività irreprensibile. Ciò permette un disciplinamento unitario e coerente nella sorveglianza dei singoli istituti e dei gruppi.
- Secondo l’attuale articolo 27 capoverso 2, in singoli casi giustificati la FINMA può esonerare un’impresa di assicurazione dall’obbligo di istituire un organo di audit interno. Una deroga di tale portata non è più giustificabile nell’attuale contesto finanziario. Inoltre, questa deroga è stata oggetto di discussione nell’ambito della procedura di riconoscimento dell’equivalenza dell’UE, la quale ne auspica l’abrogazione.
- Sono state esaminate le disposizioni penali previste dalla LSA ed è stato deciso di mantenere soltanto quelle che rispondono a importanti esigenze in materia di sorveglianza, nell’intento di rafforzare la sorveglianza e di sgravare le autorità di perseguimento penale evitando procedure di scarsa utilità. Il testo così adeguato si armonizza inoltre con le nuove disposizioni penali della LSerFi, semplificate rispetto a quelle contenute all’epoca nel messaggio del nostro Consiglio, nella versione approvata dalle vostre Camere il 15 giugno 2018.
- Infine, pur non essendo oggetto del progetto posto in consultazione, l’introduzione di un premio a garanzia della conversione in rendita è stata richiesta da diversi partecipanti. Il 13 dicembre 2019 il nostro Collegio ha indetto la consultazione per una revisione della previdenza professionale che includeva anche il premio a garanzia della conversione in rendita rivendicato. Poiché appare senz’altro più opportuno analizzare la questione del succitato premio nel più ampio contesto dell’adeguamento della previdenza professionale all’andamento demografico ed economico che non in quello della revisione della LSA, si rinuncia pertanto a inserire la fattispecie nel presente progetto.

4.2 Proposte accantonate dopo la procedura di consultazione

4.2.1 Imprese di riassicurazione estere con una succursale in Svizzera

Durante la procedura di consultazione è stato proposto di assoggettare a sorveglianza anche le imprese di assicurazione con sede all’estero che esercitano soltanto la riassicurazione in Svizzera o a partire dalla Svizzera, purché abbiano una succursale

in Svizzera (cfr. in proposito l'art. 2 cpv. 1 lett. b n. 2 AP-LSA). L'esonero totale dalla sorveglianza doveva inoltre applicarsi in futuro soltanto alle imprese di assicurazione con sede all'estero che non hanno una succursale in Svizzera ed esercitano esclusivamente la riassicurazione (art. 2 cpv. 2 lett. a AP-LSA). Nel corso della consultazione il regime proposto è stato criticato dal settore, che chiedeva un regime di sorveglianza agevolato anziché totale per le nuove succursali sottoposte a sorveglianza. Questa richiesta, oltre che inappropriata, si dimostra anche difficilmente attuabile. Se si riducesse ulteriormente la sorveglianza svolta nell'ambito della riassicurazione, che già oggi prevede consistenti agevolazioni per la specifica attività (art. 35 LSA), non resterebbe quasi più nessun requisito degno di rilievo. In queste circostanze parlare di una succursale sottoposta a sorveglianza darebbe agli attori del mercato un'immagine falsata di sicurezza. Conseguentemente si rinuncia, nell'ambito di questo progetto, a modificare il regime di sorveglianza applicabile alle succursali di riassicuratori esteri, che quindi restano esclusi dalla sorveglianza svizzera e continuano a essere soggetti unicamente a quella dello Stato dove hanno la sede. Tuttavia, per poter reagire a eventuali modifiche di normative internazionali che potrebbero imporre una forma di sorveglianza sulle succursali, si è stabilito di conferire al Consiglio federale una competenza specifica in proposito (cfr. art. 2 cpv. 5 lett. a D-LSA).

4.2.2 Modifiche del piano d'esercizio

Per quanto riguarda la regolamentazione delle modifiche del piano d'esercizio, in sede di consultazione è stato proposto di rendere necessaria l'approvazione preliminare della FINMA per la designazione dei garanti e la pianificazione di progetti di esternalizzazione complessi (cfr. art. 5 cpv. 1 AP-LSA). In compenso, la presunzione di accettazione avrebbe dovuto essere abrogata e le modifiche soggette a notifica ai sensi di questo capoverso essere limitate a quelle essenziali (art. 5 cpv. 2 AP-LSA). Dato che l'approvazione preliminare della FINMA aveva dato adito a critiche sostanziali da parte dei partecipanti alla consultazione, al momento ci si astiene dall'adottare le modifiche proposte nell'articolo 5. Resta valido pertanto l'obbligo di comunicazione e spetterà ancora alle imprese di assicurazione, relativamente alla designazione dei garanti e alla pianificazione di complesse esternalizzazioni, provvedere a premunirsi per l'eventualità in cui la FINMA rifiuti di concedere la propria approvazione.

4.3 Attuazione

Alcune disposizioni legali dovranno essere specificate a livello di ordinanza nell'ambito della competenza generale del Consiglio federale di emanare disposizioni d'esecuzione. Non si prevede che ne scaturiscano particolari problemi ai fini dell'attuazione.

5 **Commento ai singoli articoli**

5.1 **Legge sulla sorveglianza degli assicuratori**

Capitolo 1: Oggetto, scopo e campo d'applicazione

Sezione 1: Disposizioni generali

Per facilitare la lettura del testo, in diversi punti sono inseriti i titoli delle sezioni.

Art. 1 cpv. 2

Una delle idee di fondo della presente modifica della LSA è di limitare opportunamente l'estensione della protezione prevista dalla legge per le imprese di assicurazione con stipulanti professionisti. La regolamentazione deve essere orientata maggiormente all'esigenza di protezione degli stipulanti («sistema di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti»), come espresso con la precisazione «conformemente alla loro necessità di tutela».

In seguito alla presente modifica della LSA occorrerà verificare quali altre agevolazioni potranno essere realizzate in particolare nell'assicurazione diretta o nella riassicurazione interne al gruppo («captive») e nell'assicurativa concentrata su una clientela composta unicamente di stipulanti professionisti (attività «wholesale») apportando modifiche a un livello normativo inferiore (OS, OS-FINMA e circolari FINMA).

Art. 2 cpv. 1 lett. a ed e, 2, frase introduttiva

(concerne soltanto i testi tedesco e francese) e lett. bbis, e–g nonché 3–5

Capoverso 1 lettera a

Conformemente all'attuale interpretazione, con la modifica alla lettera a è precisato che un'impresa di assicurazione con sede in Svizzera sottostà in ogni caso alla sorveglianza, a prescindere dal tipo di attività assicurativa esercitata. A livello di legge non è necessario enunciare i diversi ambiti di attività possibili. Un'impresa con sede in Svizzera che esercita l'attività assicurativa diretta o l'attività riassicurativa è un'impresa di assicurazione ai sensi della LSA, pertanto sottostà alla sorveglianza.

Non essendo stato dato seguito alla proposta di introdurre una forma di sorveglianza sulle succursali di riassicuratori esteri (cfr. le precedenti considerazioni), le lettere b e c restano invariate.

Capoverso 2

Nelle versioni francese e tedesco, il tenore della frase introduttiva nel capoverso 2 è adeguato a quello del capoverso 1 per ottenere una coerenza testuale ed evitare fraintendimenti, senza modificarne il contenuto. Si chiarisce così che le imprese di assicurazione, assoggettate a una particolare sorveglianza secondo il diritto federale, continuano a non essere assoggettate alla LSA. Ad esempio, le assicurazioni sociali

contro le malattie disciplinate dalla legge federale del 18 marzo 1994¹² sull'assicurazione malattie rimangono assoggettate alle disposizioni della legge del 26 settembre 2014¹³ sulla vigilanza sull'assicurazione malattie e quindi alla sorveglianza dell'Ufficio federale della sanità pubblica, come già chiaramente stabilito con l'introduzione della LSA nel 2006 (cfr. anche FF 2003 3252). L'attuale testo italiano non presenta tale ambiguità, pertanto non viene modificato. Già in precedenza è stato detto che si rinuncia a menzionare esplicitamente gli assicuratori cantonali di diritto pubblico che altrettanto indiscussamente continuano a non essere sottoposti alla LSA.

Capoverso 2 lettera b^{bis}

Molti Paesi promuovono le proprie esportazioni tramite offerenti di assicurazioni contro i rischi delle esportazioni (agenzie per il credito all'esportazione o «Export Credit Agencies», ECA), organizzati perlopiù in modo autonomo, che finanziano esportazioni concrete oppure coprono i rischi inerenti. Possono essere organizzati secondo il diritto privato o il diritto pubblico, ma generalmente agiscono a nome e per conto del rispettivo Stato. L'Assicurazione svizzera contro i rischi delle esportazioni (SERV), in qualità di ente di diritto pubblico, offre per esempio le proprie coperture a titolo complementare rispetto all'economia privata, secondo il principio di sussidiarietà (art. 6 cpv. 1 lett. d della legge del 16 dicembre 2005¹⁴ sull'assicurazione contro i rischi delle esportazioni). In quanto strumenti del commercio estero, le ECA sono parte integrante della politica economica del rispettivo Stato. A livello internazionale non esiste pertanto un regime di sorveglianza sugli assicuratori che assoggetti le ECA all'obbligo prudenziale di autorizzazione o alla sorveglianza costante. La legislazione dell'UE, ad esempio, esclude esplicitamente le ECA statali o a garanzia statale dal campo d'applicazione del diritto in materia di vigilanza degli assicuratori (cfr. art. 5 par. 4 della direttiva europea 2009/138/CE Solvibilità II¹⁵). Anche la SERV non è soggetta all'obbligo di autorizzazione all'estero, neppure per i rischi ivi localizzati.

La versione in vigore della LSA non prevede una deroga esplicita per le ECA, tuttavia è ipotizzabile che le ECA estere esercitino un'attività assicurativa soggetta all'obbligo di autorizzazione conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, in particolare in relazione ai rischi localizzati in Svizzera. Se per la SERV oggi la legge prevede una deroga in virtù dell'articolo 2 capoverso 2 lettera b LSA, per il momento una deroga analoga non esiste per le ECA estere, che garantiscono anche le attività commerciali di esportatori svizzeri e i finanziamenti commerciali di banche svizzere. Ciò non è appropriato, poiché le ECA operano prevalentemente per ragioni di politica commerciale e anche gli stipulanti hanno un'esigenza subordinata di protezione. Inoltre, la chiara differenza rispetto alla prassi internazionale rende opportuna una precisazione a livello della LSA. Una deroga esplicita consentirà dunque di fare chiarezza e certezza del diritto. Tale deroga riguarderà tuttavia soltan-

¹² RS 832.10

¹³ RS 832.12

¹⁴ RS 946.10

¹⁵ Direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo del Consiglio, del 25 novembre 2009, in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e di riassicurazione (solvibilità II) (rifusione), GU L 335/1 del 17.12.2009, pag. 1.

to le attività nell'ambito principale della politica commerciale in quanto strumento delle ECA, ma non le situazioni in cui lo stesso soggetto giuridico eserciti eventualmente attività assicurative di più ampia portata in concorrenza diretta con privati. Il Consiglio federale avrà la possibilità di disciplinare i dettagli a livello di ordinanza.

Capoverso 2 lettera e

Questa modifica tiene conto del fatto che, a determinate condizioni, la concessione di fideiussioni e garanzie nonché altre operazioni aventi carattere di garanzia non devono essere qualificate come attività assicurativa. Le associazioni, le federazioni, le società cooperative e le fondazioni che offrono queste operazioni ai propri membri, soci e destinatari devono essere dunque esonerate dalla vigilanza della FINMA secondo la LSA se sono soddisfatte due condizioni: da un lato il loro campo d'attività territoriale deve essere limitato al territorio svizzero, dall'altro l'utile eventualmente realizzato con queste operazioni è attribuito integralmente ai beneficiari di fideiussioni e garanzie. Questa esclusione è conforme all'Accordo del 10 ottobre 1989 tra la Confederazione Svizzera e la Comunità economica europea concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita (RS 0.961.1), che non contiene una definizione dell'attività assicurativa. In linea di principio, spetta agli Stati contraenti definire l'attività assicurativa. Non rientrano in questo criterio di esclusione le imprese di assicurazione organizzate come cooperative.

Il fatto che la concessione di fideiussioni e garanzie da parte di una banca nell'ambito della sua attività bancaria non rientri nel campo d'applicazione della LSA è ovvio e non deve essere appositamente disciplinato.

Capoverso 2 lettera f

Nel momento in cui acquista delle merci o dei servizi il cliente potrebbe voler stipulare un'assicurazione a complemento del prodotto o del servizio acquistato e che sia ad esso connessa («assicurazione annessa»). Si tratta in questi casi di prodotti assicurativi di entità ridotta, ad esempio un'assicurazione abbinata all'acquisto di un telefono cellulare che interviene in caso di rottura del vetro dello schermo o un'assicurazione abbinata alla prenotazione di un viaggio che consente di ottenere il rimborso in caso di annullamento del viaggio. Mentre la mediazione di contratti assicurativi è di norma soggetta alla LSA, per le assicurazioni annesse di esigua importanza con la lettera f si vuole introdurre un'eccezione le cui condizioni saranno stabilite dal Consiglio federale. Tali condizioni eccezionali potrebbero includere ad esempio una limitazione dell'entità del danno assicurato, del premio assicurativo, della durata temporale della copertura assicurativa o una limitazione dei rischi assicurati. Rispetto alla presente proposta di legge, la corrispondente disposizione della direttiva (UE) 2016/97 sulla distribuzione assicurativa («Insurance Distribution Directive», IDD) è formulata in maniera più restrittiva e limita le eccezioni: (a) all'assicurazione di prodotti persi o deteriorati, al mancato uso di un servizio prestato, al danneggiamento o alla perdita del bagaglio e ad altri rischi connessi con un viaggio prenotato, e (b) alle assicurazioni il cui premio versato in un anno non supera i 600 euro.

Capoverso 2 lettera g

Questa nuova disposizione prevede espressamente che le società veicolo di assicurazione vengano annoverate tra le persone giuridiche non esplicitamente sottoposte

alla sorveglianza degli assicuratori. Si tratta di imprese che si fanno carico dei rischi tecnico-assicurativi delle imprese di assicurazione ma che, in senso stretto, non sono esse stesse imprese di assicurazione. Il rischio assunto viene coperto con l'emissione di titoli del debito postergati, ad esempio obbligazioni catastrofe (cosiddetti «cat bond»). In questo modo le imprese di assicurazione possono trasferire i rischi al mercato dei capitali.

Capoverso 3

In considerazione delle nuove competenze conferite al Consiglio federale nel capoverso 5, la presente disposizione può essere abrogata. Per l'esonero dalla sorveglianza non è più necessario che vi sia una competenza della FINMA.

Capoverso 4

La lettera a corrisponde all'attuale capoverso 4 LSA. La nuova lettera b inserisce tra le competenze del Consiglio federale quella di stabilire quale debba essere l'estensione della sorveglianza delle imprese di assicurazione con sede all'estero che esercitano la loro attività assicurativa a partire dalla Svizzera.

Capoverso 5

La lettera a conferisce al Consiglio federale la competenza ad assoggettare alla sorveglianza le succursali ubicate in Svizzera di imprese di assicurazione estere, soprattutto laddove questo dovesse risultare opportuno tenendo conto delle norme estere.

La disposizione di cui alla lettera b conferisce al Consiglio federale la competenza di esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione di piccole dimensioni, in particolar modo (ma non solo) al fine di incentivare la sostenibilità della piazza finanziaria svizzera. In questo modo la competenza che finora spettava alla FINMA, e che le consentiva, se circostanze particolari lo giustificano, di esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione la cui attività assicurativa è di esigua importanza economica o concerne solo una cerchia ristretta di assicurati (cfr. attuale art. 2 cpv. 3 LSA), viene trasferita al Consiglio federale sotto forma di competenza di legiferare per via di ordinanza. Questa competenza gli permetterà altresì di reagire opportunamente a modelli aziendali innovativi.

Diversamente dal settore bancario, in quello assicurativo lo sviluppo di modelli aziendali innovativi attualmente non è ancora percepibile, o se ne percepiscono solo i primi timidi tentativi. Al momento dell'elaborazione delle necessarie disposizioni di ordinanza, il Consiglio federale dovrà adoperarsi affinché queste disposizioni contribuiscano a incentivare le prospettive della piazza finanziaria svizzera per il futuro, senza tuttavia trascurare un'adeguata protezione degli assicurati. L'incentivazione di modelli aziendali innovativi deve altresì essere finalizzata alla sostenibilità e non al successo di breve termine. In questo senso il Consiglio federale deve poter far dipendere la concessione di deroghe dall'accettazione di determinate condizioni, ad esempio: avere una sede in Svizzera, chiedere garanzie (anche sotto forma di riassicurazioni), prevedere un obbligo di informare adeguatamente la clientela, definire requisiti che l'organizzazione deve soddisfare e altro ancora. Per quanto riguarda gli interessi dei clienti, dovremo tenere conto in particolare dei rischi di cui questi dovranno farsi carico nell'eventualità di una mancata o ritardata erogazione

delle prestazioni in caso di sinistro. Alla luce di quanto precede, appare evidente che le assicurazioni sulla vita o le assicurazioni soggette al controllo delle tariffe difficilmente potranno beneficiare delle deroghe introdotte da questa disposizione.

Determinate tipologie di assicurazioni «peer-to-peer» potrebbero invece beneficiare dell'esonero previsto da questo capoverso. Secondo il concetto di assicurazione «peer-to-peer», un piccolo numero di persone («pool») si accorda per finanziare i danni di lieve entità fino a un certo valore limite con una parte del totale dei loro premi annui, mentre della copertura di altri eventuali danni assicurati si fa carico una regolare impresa di assicurazione, alla quale spetta la restante quota dei premi annui. La parte di premio non utilizzata entro la fine del periodo di fatturazione ritorna nelle disponibilità delle persone che compongono il pool. Laddove venga pattuito che, una volta versato il premio annuo, i componenti del pool non hanno alcun obbligo di versamento supplementare e che il danno di cui il pool si fa carico nell'arco di un anno non supera una soglia prestabilita, si può ipotizzare un esonero dall'assoggettamento alla sorveglianza degli assicuratori.

Art. 2a Società madri e società del gruppo e del conglomerato importanti

Le società del gruppo aventi sede in Svizzera di banche, infrastrutture del mercato finanziario e assicurazioni, che ai fini delle attività soggette ad autorizzazione svolgono funzioni importanti («società del gruppo importanti»), in caso di insolvenza sottostanno alla competenza della FINMA dal 1° gennaio 2016 (cfr. atti modificati in allegato alla legge del 19 giugno 2015¹⁶ sull'infrastruttura finanziaria [LInFi]). Nella versione vigente della LSA questo aspetto è disciplinato negli articoli 71^{bis} e 79^{bis} per il fallimento di società assoggettate alla sorveglianza di gruppi o conglomerati.

In altre leggi sui mercati finanziari la competenza in materia di fallimento va oltre. La legge sulle banche, ad esempio, considera società del gruppo importanti anche quelle di singoli istituti (su base subconsolidata). La limitazione degli assoggettati nell'ambito della sorveglianza degli assicuratori comporta lacune nella protezione. Infatti, è possibile che anche per una singola impresa di assicurazione una società di servizi svolga una funzione importante, rilevante in caso di insolvenza. Il nuovo articolo 2a D-LSA intende migliorare la capacità di liquidazione delle imprese di assicurazione e, nella struttura, si rifà alle vigenti disposizioni di cui all'articolo 2^{bis} LBCR o all'articolo 3 LInFi.

La competenza in materia di fallimento e la competenza relativamente alle misure e, ora, anche al risanamento sussistono a prescindere dal fatto che la FINMA abbia assoggettato alla sorveglianza di gruppi o di conglomerati un gruppo assicurativo o un conglomerato assicurativo.

Art. 2b Rischi sistemici

Nel novembre 2019 l'IAIS, ha approvato una norma volta al monitoraggio dei rischi sistemici e all'adozione di misure qualora dovessero presentarsi simili rischi nel settore assicurativo. Questo articolo costituisce la base legale per consentire al

¹⁶ RS 958.1

Consiglio federale di regolamentare la materia mediante ordinanza per gli assicuratori privati. Tale regolamentazione potrebbe ad esempio avere per oggetto: il rilevamento e la valutazione da parte della FINMA dei dati rilevanti delle imprese di assicurazione, lo scambio di determinati dati tra la FINMA e le autorità di sorveglianza sulle assicurazioni di altri Paesi e l'imposizione di misure atte a contenere gli eventuali rischi sistemici.

Sezione 2: Obblighi di imprese e persone esonerate dalla sorveglianza

Art. 2c

I capoversi 1 e 2 sono intesi soprattutto nell'ottica della protezione degli assicurati poiché creano trasparenza. Prima di stipulare un contratto d'assicurazione, le società cooperative di assicurazione esistenti prima del 1° gennaio 1993 di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera d LSA (per le altre imprese di cui al cpv. 2 non è necessario alcun disciplinamento secondo le circostanze) e le imprese di assicurazione che rientrano nella deroga di cui all'articolo 2 capoverso 5 lettera b D-LSA, devono informare gli stipulanti riguardo al loro esonero dalla sorveglianza. L'applicabilità è garantita con l'estensione della fattispecie della contravvenzione all'articolo 86 capoverso 1 lettera a D-LSA.

L'impresa di assicurazione che soddisfa le condizioni di esonero non è più sottoposta a sorveglianza. Il capoverso 3 disciplina le modalità di tale passaggio a un esercizio dell'attività non più sottoposto ad autorizzazione.

Art. 4 cpv. 2 lett. k

Se intende beneficiare delle nuove agevolazioni previste dalla legge, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente modifica l'impresa di assicurazione deve indicare il tipo di attività esercitate (cfr. art. 90a D-LSA). A tal fine va utilizzata la posizione K del piano d'esercizio (i requisiti sono pertanto menzionati nella lett. k in questa disposizione).

In sintesi, è possibile scegliere fra tre varianti:

1. imprese di assicurazione che esercitano l'attività esclusivamente con stipulanti professionisti («wholesale»);
2. imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente l'assicurazione diretta o la riassicurazione all'interno del gruppo («captive»);
3. imprese di assicurazione che esercitano l'attività esclusivamente con stipulanti non professionisti.

Le forme miste sono ammesse, ma devono essere chiaramente dichiarate (cfr. in particolare i commenti agli art. 30a e 30d D-LSA).

Premessa concernente gli articoli 9–9b

È indiscusso che l'articolo 9 del diritto vigente copre formalmente le prescrizioni introdotte con il test SST nell'OS in virtù di un'interpretazione estensiva, ma non corrisponde più alle circostanze attuali per quanto concerne i termini utilizzati nel testo. Per queste ragioni, la disposizione deve essere rielaborata e, contestualmente,

formulata in modo più comprensibile, il che avviene nei seguenti articoli 9–9b D-LSA. Le modifiche non cambiano le attuali prescrizioni materiali concernenti il test SST.

Con i nuovi articoli 9–9b D-LSA viene al contempo conferita al Consiglio federale la competenza di stabilire importanti parametri e principi riguardanti prescrizioni dettagliate in materia di solvibilità delle imprese di assicurazione. Considerando l'importanza delle disposizioni, si ritiene che il livello normativo opportuno sia l'ordinanza e non la circolare.

Art. 9 Solvibilità

Il concetto di «margine di solvibilità» sinora utilizzato è stralciato dalla LSA; nella versione modificata viene invece stabilito che un'impresa di assicurazione deve disporre di «sufficiente solvibilità». Per solvibilità si intende la dotazione di un'impresa di assicurazione delle risorse finanziarie che assorbano potenziali perdite derivanti da sviluppi sfavorevoli, senza che gli assicurati e altri creditori subiscano danni. Affinché un'impresa di assicurazione soddisfi l'esigenza di solvibilità e, quindi, possa disporre di una solidità finanziaria sufficiente ai sensi della presente legge, il cosiddetto «capitale sopportante i rischi» (entità effettiva del capitale disponibile) deve equivalere almeno al cosiddetto «capitale previsto» (entità ideale del capitale). L'adempimento dell'esigenza di solvibilità non significa che un'impresa di assicurazione non possa diventare inadempiente, bensì unicamente che questo evento si verifica con un'esigua probabilità socialmente accettabile; altrimenti si renderebbero necessarie dotazioni ingenti di capitale, che aumenterebbero enormemente il prezzo delle coperture assicurative. Per i creditori, tra cui gli assicurati, rimane dunque sempre un rischio residuo di insolvenza.

Art. 9a Capitale sopportante i rischi e capitale previsto

Capoverso 1

Conformemente al capoverso 1, per determinare la solvibilità le imprese di assicurazione devono valutare il proprio patrimonio (attivi) e gli impegni (capitale di terzi) a valori conformi al mercato. L'idea di fondo del bilancio a valore di mercato è una valutazione conforme al mercato della totalità del patrimonio e degli impegni con la precisazione che, nella valutazione di mercato dei propri impegni, un'impresa di assicurazione non può considerare la propria probabilità di fallimento, ma deve determinare il valore ipotizzando che l'impegno sia osservato. Per le posizioni di bilancio che non riflettono un valore direttamente rilevabile su un mercato (p. es. gli immobili o le riserve tecniche) il concetto di «valutazione conforme al mercato» implica la necessità di determinare un valore che quantitativamente corrisponda a un valore sul mercato, non sia in contraddizione con altri valori di mercato o al quale due partner commerciali indipendenti e propensi acquisterebbero o venderebbero la posizione.

La valutazione di mercato è indicata nel calcolo delle esigenze di capitale per i seguenti motivi: lo scopo dell'esigenza di solvibilità è proteggere gli assicurati e diversi altri creditori di fronte all'insolvenza di un'impresa di assicurazione. In caso di insolvenza dell'impresa di assicurazione, i valori di mercato del patrimonio e

degli impegni sono importanti, poiché tali valori devono essere trasferiti a un'altra impresa di assicurazione che prosegue i contratti in caso sia di liquidazione sia di risanamento. Nessun terzo sarebbe disposto a essere remunerato per gli impegni da assumere al di sotto del loro valore di mercato oppure a pagare il patrimonio più del suo valore di mercato. Nell'ottica della solvibilità deve essere dunque assunta la prospettiva del valore di mercato che, inoltre, è l'unica a mostrare quanto la copertura del capitale di un'impresa di assicurazione la renda distante dallo stato di insolvenza. Ciò non sarebbe possibile con un bilancio di solvibilità dove sono iscritti, invece, valori livellati nel tempo o gli attivi ai loro costi di acquisto, quindi contenente riserve occulte e oneri non palesi.

Diversi beni patrimoniali non vengono regolarmente negoziati sul mercato. Pertanto i dati non consentono di risalire al loro valore di mercato. Gli immobili ne sono un esempio: nonostante l'esistenza di un mercato immobiliare, un immobile non viene scambiato regolarmente, pertanto il suo valore di mercato deve essere stimato; tale stima non deve essere in contrasto con altri valori di mercato. Lo stesso problema si pone anche per gli impegni attuariali. Il valore conforme al mercato di tali impegni corrisponde al valore che due attori indipendenti, propensi e liberi sarebbero disposti a scambiarsi. Oggi l'OS sancisce che, per il calcolo di questo valore di stima, devono essere matematicamente costituite due componenti. La prima corrisponde al valore temporale dei flussi di cassa futuri derivanti da un impegno («best estimate»), la seconda è l'importo minimo che rappresenta il prezzo del rischio e, quindi, del fattore di incertezza collegato al flusso di cassa futuro. L'approccio del bilancio globale implica la necessità di considerare tutti gli attivi e gli impegni, a prescindere dal fatto che contabilmente siano o meno registrati a bilancio. Fanno eccezione soltanto le posizioni che, a causa del loro valore insignificante, possono essere trascurate senza perdere di precisione.

Se il calcolo si fondasse sulla cosiddetta «base economica», sarebbe comunque ancora possibile operare una valutazione conforme al mercato, ma entrerebbero in linea di conto anche altri metodi non conformi, ad esempio una valutazione del prezzo di costo per gli attivi o uno sconto maggiore per gli impegni. In tal modo sarebbe messa a repentaglio l'equivalenza con la direttiva Solvibilità II, le cui prescrizioni verrebbero ampiamente disattese.

Capoverso 2

Il capitale sopportante i rischi corrisponde ai fondi dell'impresa di assicurazione in grado di assorbire le perdite. Nell'OS il Consiglio federale ha stabilito che è dato dalla somma del capitale di base e del capitale complementare (cfr. art. 47–49 OS).

Capoversi 3 e 4

Nel capitale previsto sono quantificati i rischi ai quali l'impresa di assicurazione è esposta. Tra questi rientrano i rischi assicurativi, di mercato e di credito e, in casi giustificati, altri rischi rilevanti. Le variazioni di valore degli attivi e del capitale di terzi devono essere considerate complessivamente (cfr. art. 41 OS). Ciò significa che i rischi degli attivi e i rischi degli impegni non devono contribuire al capitale previsto gli uni separatamente dagli altri, bensì è rilevante piuttosto il rischio complessivo degli attivi e degli impegni. In tal modo si tiene conto del fatto che le variazioni di valore degli attivi e degli impegni possono neutralizzarsi parzialmente o totalmente.

Di conseguenza, il rischio complessivo può essere considerato inferiore alla somma delle parti e il capitale occorrente è minore di quello che sarebbe necessario se i rischi dovessero essere assunti separatamente. Lo dimostra chiaramente l'esempio dei rischi legati al tasso d'interesse e di cambio: se gli impegni sono denominati nella stessa valuta estera e diventano esigibili nello stesso momento dei corrispondenti attivi dell'impresa di assicurazione, è opportuno considerare i rischi di tasso d'interesse e di cambio al netto come nulli e, quindi, non esigere capitale.

Art. 9b Altre prescrizioni concernenti la solvibilità

La disposizione precisa l'attuale articolo 9 capoverso 3. Nel definire le prescrizioni concernenti la solvibilità, il Consiglio federale terrà conto dei principi internazionalmente riconosciuti e, in particolare, disciplinerà il livello di protezione degli assicurati dai rischi d'insolvenza delle imprese di assicurazione da raggiungere mediante la solvibilità (cpv. 1 lett. a). Si tratta quindi del rischio residuo accettato in base al quale un'impresa di assicurazione diventa in futuro insolvente nonostante l'adempimento delle esigenze di solvibilità. Naturalmente il Consiglio federale terrà in debita considerazione le reali circostanze e soprattutto le particolarità dell'attività assicurativa interessata. Inoltre, il Consiglio federale disciplinerà il capitale sopportante i rischi e il capitale previsto nonché la loro determinazione, compresi i requisiti relativi ai modelli applicabili (cpv. 1 lett. b.) e i valori soglia al di sotto dei quali la FINMA può adottare i provvedimenti di cui all'articolo 51 (cpv. 1 lett. c). L'elenco non è esaustivo. Il capoverso 2 conferisce al Consiglio federale la competenza e la flessibilità necessarie per dichiarare rilevanti altre categorie di rischio oltre ai rischi assicurativi, di mercato e di credito citati nell'articolo 9a capoverso 3 D-LSA.

Art. 9c Norme internazionali complementari sul capitale assicurativo

Nel 2019 l'IAIS ha approvato una norma sul capitale per i gruppi assicurativi che operano a livello internazionale. Si tratta di un sistema che permette di mettere a confronto (i) i rischi ai quali va incontro un gruppo assicurativo di questo tipo a motivo della propria attività assicurativa e (ii) la capacità del gruppo in questione di far fronte a tali rischi con il capitale di cui è dotato. Dato che, molto probabilmente, i gruppi assicurativi domiciliati in Svizzera e attivi a livello internazionale saranno tenuti ad applicare la nuova norma nel quadro di operazioni internazionali, il Consiglio federale dovrà avere la competenza di introdurre questo sistema anche per tali gruppi; esso tuttavia non sostituirà in nessun caso il regime di solvibilità consolidatosi in Svizzera secondo gli articoli 9–9b D-LSA. La nuova norma sul capitale non sarebbe peraltro idonea a farlo, in quanto è stata creata specificatamente per i gruppi assicurativi attivi a livello internazionale e l'IAIS ne ha formulata solo una versione minima che presumibilmente imporrà requisiti relativamente ridotti. Per le imprese di assicurazione, i gruppi o i conglomerati assicurativi svizzeri attivi a livello internazionale o per parti di questi il Consiglio federale potrebbe dare attuazione alla norma sul capitale in questa versione minima oppure in un'altra variante riconosciuta a livello internazionale, ma solo a complemento del regime di solvibilità già esistente.

Art. 11 Attività accessorie all'attività assicurativa

La disposizione genera un più chiaro ordinamento delle competenze per la regolamentazione delle attività accessorie che un'impresa di assicurazione può esercitare oltre all'attività assicurativa, ma nella sostanza non introduce nessuna modifica fondamentale. Le imprese di assicurazione, come già previsto dal diritto in vigore, possono peraltro continuare a offrire servizi e attività supplementari finalizzati alla realizzazione dello scopo sociale per il tramite di società di servizi. Nella prassi, già oggi viene fatto un uso intenso di questa possibilità.

Capoverso 1

La nuova norma trasferisce nella lettera a l'attuale capoverso 1.

Nella lettera b alle imprese di assicurazione viene consentito di fornire in misura limitata servizi diversi da quelli assicurativi, come peraltro già avviene con il diritto vigente. Resta salvo l'obbligo di autorizzazione della FINMA. Se così non fosse, la FINMA non verrebbe a conoscenza della fornitura di servizi diversi da quelli assicurativi e rischierebbe di rilasciare certificazioni di solvibilità obiettivamente false e di compromettere in tal modo la corretta esecuzione dell'Accordo del 10 ottobre 1989¹⁷ tra la Confederazione Svizzera e la Comunità economica europea concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita. L'obbligo di autorizzazione della FINMA rafforza inoltre la certezza del diritto e rappresenta ormai una prassi consolidata. Nel quadro della sua attività di vigilanza sulle imprese di assicurazione la FINMA verificherà caso per caso se le imprese rispettano le disposizioni della legge e quelle che saranno contenute nell'ordinanza (cfr. cpv. 2), basandosi in questo caso sulle indicazioni che forniranno le imprese di assicurazione.

Capoverso 2

Le possibilità che hanno le imprese di assicurazione di esercitare altre attività oltre alle attività accessorie all'attività assicurativa sono limitate dai rischi specifici inerenti alle attività stesse cui sono esposti l'impresa e gli assicurati. Il Consiglio federale definirà a livello di ordinanza i criteri determinanti per la valutazione di tali rischi.

Art. 14 Garanzia di un'attività irrepreensibile

I capoversi 1 e 2 corrispondono al disciplinamento già introdotto per gli istituti finanziari con l'adozione della legge del 15 giugno 2018¹⁸ sugli istituti finanziari (LIsFi). Con l'inserimento dei nuovi capoversi 3 e 4, conformemente alle disposizioni contenute nelle altre leggi sui mercati finanziari (cfr. art. 9 LSerFi, art. 3 LBCR e art. 11 LIsFi) la disposizione concernente la garanzia è estesa anche ai detentori di partecipazioni qualificate. Per persona che detiene una partecipazione qualificata in un'impresa di assicurazione s'intende chiunque partecipi direttamente o indirettamente alla stessa con almeno il dieci per cento del capitale o dei diritti di voto o chiunque possa influenzarne altrimenti l'attività in maniera determinante.

¹⁷ RS 0.961.1

¹⁸ RS 954.1

Art. 14a Prevenzione di conflitti di interessi

Le imprese di assicurazione, come tutte le imprese che operano sul mercato finanziario, sono tenute a garantire in qualunque momento un'attività irreprensibile. Per farlo devono tra le altre cose adottare provvedimenti organizzativi adeguati per evitare quanto più possibile i conflitti di interessi che possono risultare dalla fornitura di servizi assicurativi. Quest'obbligo è ora espressamente codificato nell'articolo 14a.

Capoverso 1

Le imprese di assicurazione devono provvedere affinché i loro propri interessi e quelli dei loro collaboratori e degli intermediari assicurativi ad esse vincolati non si contrappongano agli interessi dei clienti. Devono altresì garantire che gli interessi dei clienti non entrino in conflitto tra loro. Per evitare conflitti di interessi, le imprese di assicurazione devono fare il necessario per riconoscerli. In particolare, sono tenute a verificare se, per esse stesse, i loro collaboratori o gli intermediari assicurativi ad esse vincolati, esistano incentivi a trascurare gli interessi degli stipulanti o ad anteporre i propri interessi.

Capoverso 2

Nei limiti del possibile, le imprese di assicurazione devono eliminare i conflitti di interessi con misure adeguate. Ove non sia possibile escluderli, devono essere resi noti prima di stipulare un contratto di assicurazione. Gli stipulanti devono poter valutare se vogliono concludere un contratto. Non deve essere possibile rinunciare con troppa facilità a eliminare completamente un conflitto di interessi.

Capoverso 3

La competenza di disciplinare i dettagli è conferita al Consiglio federale che, in particolare, può designare i comportamenti illeciti causati da conflitti di interessi. In questo senso potrà fondarsi sull'articolo 27 dell'ordinanza del 6 novembre 2019¹⁹ sui servizi finanziari (OSerFi).

Queste disposizioni si applicano anche agli intermediari assicurativi (cfr. art. 45a D-LSA). Per quanto riguarda l'accettazione di indennità, agli intermediari assicurativi non vincolati si applica inoltre la disposizione particolare di cui all'articolo 45b D-LSA.

Art. 15 In generale

La frase introduttiva contiene una precisazione linguistica senza conseguenze materiali. In questo articolo solo il capoverso 1 lettera b subisce una modifica sostanziale; le restanti modifiche sono di natura redazionale.

Capoverso 1 lettera b

Ai sensi dell'articolo 160 capoverso 1 della legge federale del 18 dicembre 1987²⁰ sul diritto internazionale privato (LDIP), in linea di principio una succursale in Svizzera di una società con sede all'estero è assoggettata al diritto svizzero. Tutta-

¹⁹ RS 950.11

²⁰ RS 291

via, nella LDIP la «succursale» non è definita. Secondo la costante giurisprudenza del Tribunale federale, con tale concetto è da intendere un'azienda commerciale che giuridicamente è sì parte di un'impresa principale, dalla quale dipende, ma che esercita permanentemente in locali propri un'attività analoga a quella dell'impresa principale disponendo di una certa indipendenza economica e operativa (cfr. sentenza 4 C.373/2004 consid. 2.2; inoltre DTF 117 II 85 consid. 3; fondamentale DTF 76 I 150 consid. 2; Richard Gassmann, in *Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, Internationales Privatrecht* [Art. 1-200 IPRG], art. 160 LDIP, pag. 644 seg.). In altre parole, l'articolo 160 capoverso 1 LDIP si riferisce alla succursale conformemente alla legislazione sul registro di commercio.

In passato la FINMA ha rilasciato autorizzazioni all'esercizio dell'attività anche a succursali che non erano iscritte nel registro di commercio, soprattutto perché non disponevano di una sufficiente indipendenza. Tuttavia, importanti norme giuridiche svizzere non sono direttamente applicabili alle succursali di imprese di assicurazione con sede all'estero che non sono iscritte nel registro di commercio. Per assoggettarle pienamente all'ordinamento giuridico svizzero ed eliminare una certa incertezza del diritto in materia, è ora statuito che queste succursali devono essere imperativamente iscritte nel registro di commercio. Alle imprese di assicurazione con sede all'estero, che in Svizzera esercitano già un'attività assicurativa, è concesso un termine transitorio di sei mesi per iscrivere la loro succursale nel registro di commercio (cfr. art. 90a D-LSA).

Art. 15a Corporazione di assicuratori denominata Lloyd's

Lloyd's o Lloyd's of London è un soggetto giuridico del diritto inglese che si basa su diverse leggi speciali («the Lloyd's Acts» ecc.). Questa «Society» o «Corporation of Lloyd's» ha anche una succursale a Zurigo iscritta nel registro di commercio. Tale soggetto giuridico non è un assicuratore, bensì è responsabile in qualità di corporazione del supporto, dell'infrastruttura, della sorveglianza ecc. dell'attività dei singoli membri, pertanto è designato comunemente «mercato assicurativo». La vera e propria attività assicurativa è esercitata dai singoli membri di Lloyd's (cosiddetti «names»), alcuni o molti dei quali si riuniscono per la singola assicurazione in «syndicates» diretti da un «managing agent» che può assumere anche impegni a nome dei singoli membri. Gli assicuratori sono quindi designati come «Lloyd's underwriters (London) (ev. subscribing to Policy No. XXX)» o «the association of underwriters known as Lloyd's». Ogni membro risponde con un patrimonio per la sua quota di rischio assicurato dal rispettivo «syndicate»; tra i membri non sussiste alcuna responsabilità solidale.

In linea di principio Lloyd's o Lloyd's of London, in qualità di soggetto giuridico del diritto inglese, ha capacità di essere parte, quindi gode anche dei diritti civili. D'altro canto, «Lloyd's underwriters (London) (ev. subscribing to Policy No. XXX)» o «the association of underwriters known as Lloyd's» non godono dei diritti civili, neppure secondo il diritto inglese, pertanto non hanno capacità di essere parte. Secondo il diritto svizzero, il «syndicate» di uno specifico contratto assicurativo può essere considerato piuttosto come società semplice dei «names», che sono dunque i soli ad avere capacità di essere parte e capacità processuale. A causa dell'assenza di capacità processuale e di essere parte, non si deve neppure entrare

nel merito delle azioni giudiziali a nome di «Lloyd's underwriters (London) (ev. subscribing to Policy No. XXX)» o «the association of underwriters known as Lloyd's» o contro di essi, a meno che non si attui una rettifica, nel senso che tutti i membri della polizza assicurativa in questione agiscono da attori o convenuti davanti a un tribunale.

Per portare maggior chiarezza e certezza del diritto nell'ambito di eventuali procedimenti riguardanti la legislazione civile o sulla sorveglianza, nella LSA viene inserita una nuova disposizione speciale per Lloyd's in quanto mercato assicurativo unico nel suo genere. Il disciplinamento nella LSA si armonizza con il diritto dell'Unione europea, dove in materia di vigilanza degli assicuratori è contemplata un'analoga disposizione speciale che, per quanto è dato constatare, è stata attuata nel diritto degli Stati membri.

Con l'integrazione di questa norma speciale per Lloyd's in qualità di mercato assicurativo unico nel suo genere è inoltre chiarito che gli articoli 57–59 (misure di protezione supplementari applicabili alle imprese di assicurazione estere) si applicano anche a Lloyd's.

In questa sede inoltre, a titolo integrativo e al fine di fare chiarezza su una questione sollevata nel corso della consultazione, si può affermare che l'articolo 7 LSA continua a non essere applicabile a Lloyd's a motivo della sua speciale struttura giuridica; Lloyd's pertanto non è tenuta a strutturare la propria organizzazione né come società anonima né come società cooperativa.

Art. 17 cpv. 2

Secondo il vigente articolo 17 capoverso 2, un'impresa di assicurazione svizzera è tenuta a garantire i suoi portafogli esteri mediante la costituzione di un patrimonio vincolato, purché non debbano essere costituite garanzie equivalenti all'estero. Questa disposizione si rivela inutile in quanto gli stipulanti residenti all'estero sono già assoggettati al regime di protezione locale²¹. Il fatto che il regime di protezione specifico a un Paese sia applicato a tutti gli stipulanti ivi residenti, a prescindere dalla sede dell'impresa di assicurazione, corrisponde anche alle disposizioni internazionali e al principio della parità di trattamento. Rappresenta un'eccezione l'Accordo tra la Svizzera e l'UE concernente l'assicurazione diretta, ma soltanto in merito alla disposizione sulla solvibilità. Le modifiche qui proposte per il patrimonio vincolato non sono interessate da tale eccezione. In questo senso si propone di rinunciare a imporre più prescrizioni specifiche e in particolare di escludere dalla garanzia costituita mediante un patrimonio vincolato i portafogli esteri di succursali estere di imprese di assicurazione con sede in Svizzera oppure quelli loro attribuiti nella procedura di sorveglianza. Permangono tuttavia, in particolare, l'obbligo dell'impresa di assicurazione di costituire sufficienti riserve tecniche per l'insieme delle sue attività (art. 16 LSA), come pure per i suoi portafogli esteri, e naturalmente le esigenze previste dal diritto estero relative alla garanzia delle pretese derivanti dai contratti d'assicurazione.

²¹ Alcuni Stati membri dell'UE, p. es., chiedono un patrimonio vincolato a garanzia delle pretese derivanti dai contratti d'assicurazione.

Con questa modifica viene meno la verifica, molto difficile e onerosa, dell'equivalenza del regime di vigilanza estero, poiché non si distinguerà più tra ordinamenti giuridici esteri equivalenti e non equivalenti. Le perdite nei portafogli esteri continuano a poter essere fatte valere nel fallimento svizzero dell'impresa di assicurazione con sede in Svizzera, ma si rinuncerà a inserire uno speciale substrato del patrimonio vincolato svizzero tra il regime di protezione estero e la notifica e la liquidazione della perdita rimanente nel fallimento svizzero. Ciò migliora notevolmente la certezza del diritto ed evita difficili valutazioni e possibili attriti, agevolando – in definitiva nell'interesse degli stipulanti in Svizzera e all'estero – il coordinamento in caso di risanamento o fallimento. Tutto ciò presuppone tuttavia che la costituzione del patrimonio vincolato qui descritto non sia lasciata alla discrezione delle imprese di assicurazione, ma sia esclusa. Di conseguenza, in base al testo di legge non «può» essere costituito alcun patrimonio vincolato.

La nuova regolamentazione non riguarda le imprese di assicurazione che offrono assicurazioni oltre confine senza avere una succursale all'estero, purché sia ammeso dall'ordinamento giuridico estero. In questi casi si deve presupporre che, accanto ad altri aspetti, per gli stipulanti esteri l'ulteriore garanzia rappresentata dal patrimonio vincolato in Svizzera sia stata rilevante ai fini della stipulazione del contratto assicurativo.

È tuttora evidente che la modifica non interessa i contratti di imprese di assicurazione svizzere conclusi o gestiti con stipulanti esteri in Svizzera. A questi contratti si applica la regola generale di cui all'articolo 17 capoverso 1.

La disposizione non riguarda neppure i contratti conclusi all'estero con stipulanti esteri da filiali estere di imprese di assicurazione con sede in Svizzera. Tuttavia, a questi contratti non è applicabile neppure la regola generale di cui all'articolo 17 capoverso 1, poiché per essi vige il diritto dello Stato estero in questione.

Art. 20 Prescrizioni concernenti il patrimonio vincolato

In virtù dell'articolo 20, attualmente il Consiglio federale prescrive dettagliatamente alle imprese di assicurazione negli articoli 70 e seguenti OS (cfr. in particolare gli art. 79 e 83 OS) quali elementi patrimoniali possono essere attribuiti al patrimonio vincolato. Il disegno prevede che il Consiglio federale rinunci a prescrizioni d'investimento dettagliate e disciplini invece la costituzione del patrimonio vincolato ispirandosi al principio della prudenza in materia di investimenti.

Tale principio riflette i requisiti di investimento del capitale nell'ambito del patrimonio vincolato e la conseguente gestione del rischio. In base a esso, le imprese di assicurazione possono investire il patrimonio vincolato solo in strumenti di capitale di cui comprendono esattamente la natura e i rischi cosicché, in base a questa conoscenza, sono in grado di reagire agli sviluppi in atto in qualunque momento e in modo adeguato.

Con questa modifica viene concessa alle imprese di assicurazione una maggiore flessibilità negli investimenti di capitale nell'ambito del patrimonio vincolato, conformemente alla direttiva Solvibilità II.

Art. 21 cpv. 3

Questa modifica formale è «speculare» alla formulazione del capoverso 2 e corrisponde alle disposizioni della direttiva Solvibilità II (e a quelle delle direttive precedenti). L'articolo 21 si conforma a tale normativa.

Art. 22a Piani di stabilizzazione

La FINMA deve poter esigere l'elaborazione di piani di stabilizzazione da talune imprese di assicurazione svizzere, in considerazione dei rischi a cui le stesse potrebbero essere esposte in caso di crisi. Questa competenza, in quanto a significato e a scopo, trova riferimento nei requisiti che in Svizzera già si applicano alle banche di rilevanza sistemica, e quindi deve riguardare solo le imprese di assicurazione che hanno importanza per il mercato assicurativo svizzero nel suo insieme. Con imprese di assicurazione aventi importanza economica si devono intendere in questo senso quelle di cui alle categorie di vigilanza 2 e 3; anche questo aspetto dovrà essere oggetto di precisazione nel quadro dell'ordinanza. In particolare questa norma è importante anche per le grandi imprese di assicurazione svizzere che sono parte di un gruppo assicurativo estero. Consente infatti alla FINMA di allinearsi alle autorità di vigilanza estere e ai piani di stabilizzazione che a queste autorità devono essere presentati ai sensi del diritto estero.

L'articolo 22a D-LSA non si applica alle imprese di assicurazione delle categorie di vigilanza 4 e 5 né alle succursali di imprese di assicurazione estere (art. 2 cpv. 1 lett. b LSA).

La norma è una disposizione potestativa. La FINMA dovrà seguire il principio di proporzionalità per stabilire quali sono le imprese da cui esigere un piano di stabilizzazione e quale ne dovrà essere concretamente il contenuto.

Art. 24 cpv. 1, 3^{bis} e 4

La disposizione viene adeguata alla prassi attuale soprattutto in riferimento alle responsabilità interne all'azienda.

Capoverso 1

L'attuale formulazione del margine di solvibilità non è più adeguata dopo l'abolizione della disposizione in materia di solvibilità in funzione del volume d'affari (solvibilità 1). Anche qui, dunque, così come negli articoli 9–9b, viene inserita la nozione di solvibilità (lett. a n. 2). Risulta chiaro quindi che la solvibilità è intesa secondo il test SST. L'ambito di competenza dell'attuario responsabile riguarda soprattutto le parti attuariali del test SST. Secondo l'articolo 53 OS, la responsabilità generale del cosiddetto rapporto relativo al SST spetta invece chiaramente alla direzione dell'impresa. Nel rapporto annuale l'attuario responsabile presenta in particolare gli sviluppi attuariali che compromettono la situazione finanziaria dell'impresa. Tuttavia, non si deve limitare alla stima dei rischi tecnici, bensì valutare la situazione del rischio complessivo includendo, in particolare, i rischi finanziari degli investimenti. Se alcuni aspetti di questa funzione sono assunti da altri responsabili, ad esempio dal «Chief Risk Officer», l'attuario responsabile deve informarsi presso di loro sui rischi suddetti e integrare la loro valutazione nel rapporto. Con la

nuova formulazione della lettera a, il contenuto normativo della vigente lettera b è trasposto nella lettera a, mentre alla lettera b è attribuito un nuovo contenuto.

Invece di «costituzione» di riserve tecniche sufficienti, nella lettera a la versione riveduta parla di «calcolo». L'attuario responsabile può e deve fornire alla direzione niente di più e niente di meno del calcolo delle riserve sufficienti, comunicando eventuali lacune nella costituzione delle riserve e inserendole nel rapporto.

Nel calcolo delle riserve tecniche sufficienti devono essere utilizzati i dati riguardanti il portafoglio d'investimento sottostante. L'attuario responsabile deve basarsi costantemente sulle informazioni ottenute dagli specialisti di altri reparti dell'azienda e sottoporle quindi a una verifica della plausibilità. In caso di dubbi sull'accuratezza delle informazioni, occorre chiederne conferma oppure consultare altre fonti interne all'impresa.

La nuova lettera b sancisce inoltre l'obbligo per l'attuario responsabile di verificare se l'importo legale del patrimonio vincolato sia conforme alle prescrizioni del diritto in materia di sorveglianza. Qui si parla di «verifica», poiché l'attuario responsabile non ha la competenza di garantire effettivamente l'adempimento delle disposizioni in materia di sorveglianza. Questa responsabilità spetta al consiglio di amministrazione, a eventuali commissioni del consiglio di amministrazione e alla direzione dell'impresa di assicurazione.

Capoverso 3^{bis}

Per consentire all'attuario responsabile di adempiere debitamente il proprio compito, la norma modificata gli riconosce la facoltà di rivolgersi direttamente al consiglio di amministrazione per consentirgli di reagire in modo adeguato alle lacune constatate e di rivolgersi alla massima istanza decisionale all'interno dell'impresa. Le modalità devono essere definite dalle singole imprese; sono ipotizzabili sia colloqui informali sia l'iscrizione dell'oggetto all'ordine del giorno della prossima seduta del consiglio d'amministrazione o di una commissione competente dello stesso consiglio.

Art. 25 cpv. 3, 5 e 6

Capoverso 3

Il vigente capoverso 3 prescrive scadenze diverse per la presentazione dei rapporti degli assicuratori diretti e dei riassicuratori (30 aprile per gli assicuratori diretti e 30 giugno per i riassicuratori).

La distinzione si basa sull'ipotesi (superata) che i riassicuratori chiudano la propria contabilità dopo gli assicuratori diretti; oggi non esistono più validi motivi che la giustifichino. Conformemente al numero marginale 106 della Circolare FINMA 2016/2 «Pubblicazione – assicurazioni (*public disclosure*)», anche i riassicuratori devono pubblicare la situazione finanziaria entro il 30 aprile, pertanto i dati devono essere già disponibili.

Capoverso 5

Il vigente capoverso 5 contiene un rimando all'articolo 48 già abrogato, pertanto viene corretto nell'ambito della presente modifica. Con l'obbligo di pubblicazione si verrà a creare una sovrapposizione di dati tra quelli pubblicati dalle imprese di

assicurazione e quelli che la FINMA deve pubblicare. Dal momento che le imprese di assicurazione pubblicano dati sottoposti a revisione, esiste un certo rischio di inconsistenza dei dati.

La nuova formulazione lascia spazio alla possibilità che la pubblicazione da parte della FINMA sia coordinata con l'obbligo di pubblicazione cui sono assoggettate le imprese di assicurazione. La FINMA può continuare a pubblicare dati come finora in riferimento al rapporto annuale, al mercato assicurativo e alla trasparenza, in risposta all'esigenza di informazione dell'opinione pubblica e degli assicurati.

Capoverso 6

Formalmente, l'attuale capoverso 6 può essere abrogato. Quanto in esso contenuto è integrato nel capoverso 5. Al capoverso 6 viene assegnato un nuovo contenuto dispositivo. Prima di pubblicare i dati relativi al rapporto annuale, al mercato assicurativo e alla trasparenza, la FINMA deve ponderare gli interessi in questione delle imprese di assicurazione, degli assicurati e dell'opinione pubblica.

Art. 27 Vigilanza interna sulle attività

All'attuale e ormai unico capoverso 1 vengono apportate modifiche di carattere redazionale: il termine «ispettorato» usato per designare l'organo di revisione interno è ormai desueto e viene quindi eliminato.

La portata della vigente disposizione nel capoverso 2 non è più adeguata e, secondo la prassi vigente della FINMA, si applica solo alle piccole imprese di assicurazione. Per questo motivo, e per il fatto che l'UE riconosce l'equivalenza solo a condizione che questa deroga venga meno, il capoverso 2 viene stralciato. A determinate condizioni, la revisione interna può anche essere esternalizzata. In questo modo il valore dell'esonero dall'obbligo di richiedere una revisione interna viene in ogni caso limitato (cfr. Circolare FINMA 2017/2 «*Corporate governance* assicuratori», n. marg. 53–56). L'esternalizzazione integrale o parziale dei compiti della revisione interna è soggetta all'obbligo di approvazione secondo l'articolo 4 capoverso 2 lettera j in combinato disposto con l'articolo 5. L'equivalenza con il diritto in materia di vigilanza dell'Unione europea sussiste anche nel caso di delega a terzi della revisione interna.

Sezione 5a:

Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti nonché assicurazione diretta e riassicurazione all'interno del gruppo

Art. 30a Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti: agevolazioni

Capoverso 1

Nella sistematica della legge la disposizione si orienta all'articolo 35 per le imprese che esercitano la riassicurazione e prevede adeguate agevolazioni per questa neocostituita categoria di imprese di assicurazione. In futuro sarà dunque possibile categorizzare i requisiti prudenziali. La priorità è attribuita alla necessità di proteggere gli stipulanti delle imprese di assicurazione. Di conseguenza, neppure le disposizioni

riguardanti la procedura di mediazione di cui agli articoli 82–82i D-LSA sono applicabili alle imprese di assicurazione che concludono contratti esclusivamente con stipulanti professionisti. Anche gli assicuratori diretti avranno la possibilità di beneficiare di un minor grado di regolamentazione e sorveglianza purché i contratti siano conclusi esclusivamente con stipulanti professionisti.

Capoverso 2

Per la definizione di stipulanti professionisti, il capoverso 2 rimanda all'articolo 98a capoverso 2 lettere b–f della legge del 2 aprile 1908²² sul contratto d'assicurazione (LCA), così come adottato dal Parlamento nella votazione finale del 19 giugno 2020²³. Le definizioni di stipulanti professionisti nella LCA e nella LSA non coincidono del tutto. Diversamente da quanto figura nella LCA, nella LSA (1) gli istituti di previdenza e gli istituti dediti alla previdenza professionale (art. 98a cpv. 2 lett. a LCA) e (2) le imprese solo perché superano determinati valori (art. 98a cpv. 2 lett. g LCA) non sono da considerare stipulanti professionisti.

Per quanto riguarda gli istituti di previdenza e gli istituti dediti alla previdenza professionale, secondo la LSA essi non sono da considerare stipulanti professionisti in virtù della particolare esigenza di protezione del patrimonio di previdenza degli assicurati (e di conseguenza sempre secondo il capoverso 4 possono continuare a beneficiare di un patrimonio vincolato).

Per quanto riguarda le imprese, se nella LSA la norma è più specifica di quanto non lo sia nella LCA, è perché nel campo di applicazione della LSA è previsto che la controparte professionista, in virtù delle proprie conoscenze, sia in grado di valutare la propria controparte dal punto di vista dei rischi (rischio di credito ecc.). Di conseguenza, la controparte professionista secondo la LSA deve disporre di una gestione professionale dei rischi. Questa prospettiva del rischio non è insita in pari misura nella LCA, che disciplina la relazione contrattuale tra le parti. Nella LCA tale prospettiva si dovrebbe poter limitare in primo luogo ai rischi operativi e, in particolare, a quelli giuridici. In conclusione, nel campo di applicazione della LSA devono essere considerate stipulanti professionisti solo le imprese che prevedono una gestione professionale dei rischi (cfr. art. 98a cpv. 2 lett. f, ma non lett. g, LCA), in quanto solo loro sono in grado di formulare una stima fondata dei rischi (e possono pertanto rinunciare alla costituzione di un patrimonio vincolato).

Capoverso 3

È inoltre fondamentale che le esigenze siano ridotte solo per quanto riguarda l'attività con le controparti professioniste, come precisato nel capoverso 3. Alle rimanenti attività si applicano le prescrizioni più severe. Vigge anche il principio secondo cui l'ambito istituzionale è determinato dall'attività con il massimo livello di protezione (attività con controparti non professioniste), ad esempio in riferimento agli strumenti generali di sorveglianza.

²² RS 221.229.1

²³ FF 2020 5071

Capoverso 4

Nel capoverso 4 è precisato che le eccezioni di cui al capoverso 1 non si applicano se dai contratti d'assicurazione conclusi con stipulanti professionisti potrebbero sorgere pretese derivanti da assicurazioni obbligatorie in favore di non professionisti. Qui ci si riferisce segnatamente ai diritti legali o contrattuali derivanti dai contratti collettivi o alle assicurazioni di responsabilità civile. In questo contesto va menzionato in particolare il diritto della parte lesa all'azione diretta contro gli assicuratori di responsabilità civile dei veicoli a motore conformemente all'articolo 65 della legge federale del 19 dicembre 1958²⁴ sulla circolazione stradale (LCStr). In linea di principio, ai non professionisti aventi diritto a far valere pretese su questi contratti spetta la stessa protezione assicurativa (p. es. con il patrimonio vincolato) degli stipulanti non professionisti, tuttavia solo nei limiti delle assicurazioni obbligatorie. In ogni caso, deve essere inoltre costituito un patrimonio vincolato se l'assicurazione riguarda tutti i rischi della previdenza professionale.

Art. 30b Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti:
obbligo di chiarimento e di documentazione

Questa nuova disposizione sancisce l'obbligo per l'impresa di assicurazione di chiarire e documentare adeguatamente lo status del potenziale stipulante, professionista o non professionista, prima della conclusione del contratto. Eventualmente, e segnatamente nei casi in cui lo status professionale dello stipulante non sia evidente fin dall'inizio, sono necessari accertamenti più approfonditi nell'interesse di entrambe le parti.

A sua volta la FINMA ha così la possibilità di verificare, ad esempio nel quadro di controlli incrociati in loco, se le imprese di assicurazione interpretano e gestiscono in modo unitario la nozione di professionalità degli stipulanti.

Art. 30c Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti:
obbligo d'informare

Con l'inserimento di questo nuovo articolo sono tutelati i legittimi interessi dei potenziali stipulanti. Infatti, prima di concludere un contratto, l'impresa di assicurazione deve informarli che sono considerati stipulanti professionisti. In tal modo giungono a conoscenza del fatto che non sarà costituito un patrimonio vincolato a garanzia delle loro pretese. Ciò può eventualmente indurli a negoziare con l'assicuratore la costituzione di uno strumento sostitutivo (garanzia o simili) o misure contrattuali compensative di altro tipo.

Art. 30d Assicurazione diretta e riassicurazione all'interno del gruppo

Il nuovo articolo 30d comporta una deregolamentazione di vasta portata. Nel diritto vigente, le imprese di assicurazione che esercitano l'assicurazione diretta all'interno del gruppo (cosiddette «captive») sono considerate «normali» assicuratori di cose,

²⁴ RS 741.01

tenuti a costituire un patrimonio vincolato. Questa disposizione si applica anche alle imprese di riassicurazione interne al gruppo.

Il capoverso 1 si rifà all'analogo capoverso dell'articolo 30a D-LSA e persegue anche la stessa *ratio legis*: in futuro diventa dunque possibile categorizzare i requisiti prudenziali. La priorità è attribuita alla necessità di proteggere gli stipulanti delle imprese di assicurazione. Di conseguenza, anche le disposizioni in merito alla procedura di mediazione di cui agli articoli 82–82i D-LSA non si applicano alle imprese di assicurazione che esercitano l'assicurazione diretta o la riassicurazione all'interno del gruppo. Anche le imprese di assicurazione «captive» che esercitano l'assicurazione diretta avranno la possibilità di beneficiare di un minor grado di regolamentazione e di sorveglianza purché esercitino esclusivamente all'interno del gruppo. Lo stesso vale per le imprese di riassicurazione «captive» che esercitano all'interno del gruppo.

La definizione delle imprese «captive» secondo il nuovo capoverso 2 si rifà all'articolo 13 paragrafi 2 e 5 della direttiva Solvibilità II, tuttavia la presente definizione di impresa «captive» è più ampia in un aspetto, poiché l'UE sancisce che siano assicurati soltanto i rischi di una o più imprese del gruppo. La presente disposizione ammette, invece, che possano essere limitatamente assicurati anche rischi estranei al gruppo. Tuttavia, un'impresa «captive» che assicura anche rischi estranei al gruppo non beneficia in pari misura delle agevolazioni accordate alle imprese «captive» considerate «pure».

Il capoverso 3 è in linea con le analoghe disposizioni degli articoli 30a e 35 D-LSA. Un'impresa «captive» può quindi esercitare un'attività con terzi, ma dal nuovo articolo 30d si evince *e contrario* che per questa attività con terzi l'impresa «captive» deve soddisfare tutti i requisiti come ogni altro assicuratore diretto o riassicuratore. Ciò significa che deve adempiere tutti i requisiti prudenziali di un assicuratore diretto con stipulanti non professionisti oppure che può avvalersi dell'articolo 30a D-LSA se tale attività con terzi è un'attività cosiddetta «wholesale». Se il beneficiario dei contratti assicurativi è un terzo non professionista (p. es. assicurato nell'ambito di un contratto collettivo, parte lesa da un'azione coperta dalla responsabilità civile), deve poter godere della stessa protezione assicurativa di ogni altro stipulante non professionista. Le imprese «captive» sono dunque legittimate a esercitare attività assicurative dalle quali possono risultare beneficiari non professionisti, ma per tali attività sono pienamente assoggettate alle norme della LSA. L'impresa «captive» ha quindi la facoltà di decidere se, in considerazione della conseguenza suesposta, vuole esercitare un'attività con terzi; tale disciplinamento risulta pertanto conforme al regime di vigilanza in vigore nell'UE.

Art. 35 Riassicurazione

Le imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente l'attività di riassicurazione godono oggi del regime di sorveglianza più liberale tra tutte le imprese di assicurazione. Con la nuova norma sancita nell'articolo 30a per le imprese di assicurazione che concludono esclusivamente contratti con stipulanti professionisti, sono introdotte per esse agevolazioni di più vasta portata. Con le modifiche al capoverso 1 e la riformulazione del capoverso 2 queste agevolazioni sono opportunamente

concesse anche alle imprese di riassicurazione, specularmente a quelle dell'articolo 30a D-LSA. Di conseguenza, le disposizioni sulla procedura di mediazione previste negli articoli 82–82i D-LSA non sono applicabili alle imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente la riassicurazione.

Capoversi 1 e 2

La scelta della formulazione già presente «imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente la riassicurazione» è consapevole. Da un lato i riassicuratori beneficiano del regime più liberale, dall'altro con il termine «esclusivamente» risulta chiaro che le norme derogatorie si applicano soltanto se l'impresa di assicurazione esercita unicamente l'attività di riassicurazione.

Nelle norme derogatorie è ora inserito l'articolo 10 riguardante il Fondo d'organizzazione, non più obbligatorio.

Ciò nonostante, occorre osservare che la lotta contro qualsiasi violazione del diritto in materia di vigilanza così come contro altre forme di messa in pericolo degli interessi degli assicurati continua a rientrare negli ulteriori compiti della FINMA ai sensi dell'articolo 46 e, in combinato disposto con gli articoli 51 e seguenti, possono essere affrontati con gli strumenti della LFINMA.

Il capoverso 2 precisa ciò che è già prassi, segnatamente che gli assicuratori esercitanti un'attività mista possono continuare a non costituire un patrimonio vincolato a garanzia dell'attività di riassicurazione.

È evidente che anche le imprese di riassicurazione «captive» rientrano nella categoria delle imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente l'attività di riassicurazione.

Sezione 7: Assicurazioni sulla vita qualificate

Art. 39a Definizione

Conformemente alla volontà espressa dal legislatore nel corso dei dibattiti parlamentari sulla LSerFi, con «assicurazioni sulla vita qualificate» si intendono quei prodotti assicurativi che presentano le caratteristiche di un prodotto d'investimento e devono essere soggetti alle pertinenti disposizioni a tutela degli investitori. In tal modo si creano condizioni paritetiche («level playing field») con i prodotti d'investimento disciplinati nella LSerFi al di fuori del settore assicurativo, il che è anche in linea con gli standard diffusi a livello internazionale per garantire l'integrità della piazza finanziaria.

Il criterio determinante per sapere se un prodotto assicurativo deve essere soggetto alle presenti disposizioni sulla protezione è capire se nel processo di risparmio lo stipulante sopporta un rischio di perdita e di conseguenza un rischio d'investimento. Se, a causa delle oscillazioni del mercato, il valore (in contanti) della quota di risparmio di un'assicurazione al momento del versamento o della conversione è inferiore al totale nominale dei premi di risparmio pagati, allora sussiste un rischio di perdita. I prodotti che hanno come unica componente una partecipazione alle eccedenze e un possibile carattere d'investimento non sono considerati assicurazioni sulla vita qualificate poiché non presentano un rischio di perdita ai sensi della sud-

detta definizione. È dunque giustificato che tali prodotti non siano inseriti nel campo d'applicazione degli articoli 39a e seguenti D-LSA. L'impresa di assicurazione deve però indicare chiaramente allo stipulante che la partecipazione alle eccedenze, variando in funzione del risultato d'esercizio dell'impresa di assicurazione, può anche essere pari a zero.

Nella definizione di «assicurazione sulla vita qualificata» rientrano inoltre anche le operazioni di capitalizzazione e tontinarie. Un'operazione di capitalizzazione (ramo assicurativo A6²⁵) è un accordo contrattuale senza rischio biometrico minimo concluso tra un'impresa di assicurazione sulla vita e uno stipulante concernente l'acquisizione di beni patrimoniali e la loro gestione secondo un metodo matematico. Questo accordo termina a una data stabilita o alla morte della persona assicurata. In questo caso quindi l'impresa di assicurazione non si assume alcun rischio biometrico, mentre per lo stipulante nelle operazioni di capitalizzazione è di norma insito un rischio d'investimento. Questo giustifica il fatto che simili accordi siano trattati alla stregua di «assicurazioni sulla vita qualificate» e che impongano la redazione di un foglio informativo di base, il rispetto di obblighi di informazione e la verifica dell'appropriatezza. Le operazioni tontinarie (ramo assicurativo A7²⁵) sono contratti che prevedono la capitalizzazione in comune degli importi pagati dalle persone assicurate e che stabiliscono le modalità di ripartizione del patrimonio così costituito tra i superstiti o i successori legali dei defunti. Il rischio assicurato non è assunto in quanto tale dall'impresa di assicurazione, ma dalla stessa comunità di assicurati, i cui membri sopportano anche un rischio d'investimento, poiché le somme versate devono essere opportunamente investite. Questo riferimento prevalente al mercato dei capitali giustifica il fatto che anche le operazioni tontinarie siano trattate alla stregua di «assicurazioni sulla vita qualificate» e che impongano pertanto la redazione di un foglio informativo di base, il rispetto di obblighi di informazione e la verifica dell'appropriatezza.

Art. 39b Foglio informativo di base per assicurazioni sulla vita qualificate

Capoverso 1

L'obbligo di redigere un foglio informativo di base riguarda l'impresa di assicurazione che offre un'assicurazione sulla vita qualificata. Nell'ambito assicurativo non è opportuno imporre tale obbligo all'emittente dello strumento finanziario, come previsto nella LSerFi (art. 58 LSerFi), poiché sono rari i casi in cui un'impresa di assicurazione vende assicurazioni sulla vita proposte da terzi.

Capoverso 2

La disposizione ricalca l'articolo 59 capoverso 2 LSerFi. Anche nell'ambito assicurativo i documenti redatti secondo una normativa estera, se equivalenti al foglio informativo di base, possono essere utilizzati al posto del foglio informativo di base secondo la LSA. In questo caso, quindi, non c'è l'obbligo di redigere un foglio informativo di base ai sensi della LSA. Il Consiglio federale disciplinerà l'equivalenza tra i documenti esteri e il foglio informativo di base (cfr. art. 39f D-LSA).

²⁵ Cfr. art. 4 cpv. 2 lett. k LSA in combinato disposto con l'art. 3 cpv 1 OS, nonché l'allegato 1 OS.

Capoverso 3

Conformemente all'articolo 58 capoverso 3 LSerFi, qui viene espressamente ammessa la possibilità che la redazione del foglio informativo di base sia delegata a terzi qualificati.

Capoverso 4

Relativamente al trattamento delle indicazioni orientative, la disposizione ricalca l'articolo 58 capoverso 4 LSerFi.

Art. 39c Contenuto del foglio informativo di base*Capoversi 1 e 2*

La disposizione ricalca l'articolo 60 LSerFi. Il foglio informativo di base deve contenere tutte le indicazioni essenziali che consentono allo stipulante di raffrontare tra loro assicurazioni sulla vita qualificate analoghe. Considerato il particolare carattere delle assicurazioni sulla vita qualificate, deve essere esclusa qualsiasi possibilità di raffronto con strumenti finanziari al di fuori del settore assicurativo. Sono da indicare ad esempio il nome dell'assicurazione sulla vita qualificata e l'identità dell'impresa di assicurazione che la offre, il profilo di rischio e di rendimento dell'assicurazione sulla vita qualificata, con l'indicazione della perdita massima che gli stipulanti rischiano sul capitale investito nonché i costi dell'assicurazione sulla vita qualificata.

Il Consiglio federale provvederà a precisare nell'OS l'esatto contenuto del foglio informativo di base in linea con l'articolo 39f D-LSA. È probabile che al riguardo sarà definito un modello specifico, analogamente a quanto disposto nell'OSerFi.

Capoverso 3

La disposizione disciplina il caso in cui il prodotto d'investimento contenuto nell'assicurazione sulla vita qualificata sia uno strumento finanziario ai sensi della LSerFi. In questo caso nel foglio informativo di base secondo la LSA devono essere riprese le principali indicazioni relative allo strumento finanziario in questione, oppure si può rinviare a un foglio informativo di base conforme alla LSerFi eventualmente già esistente. Se si dispone del foglio informativo di base per lo strumento finanziario secondo LSerFi, è consentito rinviarvi. Quanto precede si applica anche ai documenti redatti secondo una normativa estera, se sono equivalenti al foglio informativo di base secondo l'articolo 59 capoverso 2 LSerFi.

Art. 39d Requisiti

Questa disposizione corrisponde all'articolo 61 LSerFi. Per poter servire allo scopo, il foglio informativo di base deve essere facilmente comprensibile. Spetterà al Consiglio federale definirne più in dettaglio le dimensioni, la lingua e la presentazione grafica (cfr. art. 39f lett. b D-LSA).

Art. 39e Adeguamenti

La disposizione ricalca l'articolo 62 LSerFi. Spetterà al Consiglio federale definire più in dettaglio la periodicità di verifica (cfr. art. 91 cpv. 1 OSerFi).

Art. 39f Disposizioni complete

Così come avvenuto nell'ambito della LSerFi (cfr. art. 63 LSerFi), il Consiglio federale emanerà disposizioni complete sul foglio informativo di base a livello di ordinanza e ne disciplinerà in particolare il contenuto, le dimensioni, la lingua, la presentazione grafica, le modalità della messa a disposizione nonché l'equivalenza con i documenti esteri.

Art. 39g Responsabilità

La disposizione ricalca l'articolo 69 capoverso 1 LSerFi.

Art. 39h Obblighi d'informare in caso di raccomandazione di assicurazioni sulla vita qualificate

L'obbligo di mettere a disposizione un foglio informativo di base va ad aggiungersi agli obblighi generali precontrattuali di informare, in particolare secondo gli articoli 3 LCA e 45 LSA, che accompagnano la vendita di assicurazioni.

Conformemente al capoverso 2, nelle assicurazioni sulla vita qualificate oggetto di una raccomandazione le imprese di assicurazione devono comunicare se ricevono indennità da parte di terzi in relazione al prodotto assicurativo in questione. Si pensi ad esempio al caso di un'assicurazione sulla vita vincolata a fondi per la quale il fornitore di fondi eroga all'impresa di assicurazione un'indennità di vendita o una commissione di portafoglio. La presente disposizione non si applica alle indennità versate agli intermediari assicurativi. La pubblicazione delle indennità in favore degli intermediari assicurativi non vincolati è disciplinata nell'articolo 45b D-LSA.

Art. 39i Pubblicità

La disposizione riprende quella dell'articolo 68 LSerFi applicabile ai fornitori di servizi finanziari in generale.

Art. 39j Verifica dell'appropriatezza per assicurazioni sulla vita qualificate

Queste disposizioni si rifanno a quelle riguardanti la verifica dell'appropriatezza e dell'adeguatezza nell'ambito dei servizi finanziari (art. 10–14 LSerFi). Analogamente alla LSerFi, si tratta di obblighi già oggi risultanti fondamentalmente dai generali diritti e doveri reciproci secondo la buona fede in un contratto di prestazione di servizi, che si intendono qui concretizzare ai fini della certezza del diritto, nell'interesse di tutti. In analogia con la LSerFi, il capoverso 4 sancisce che non è necessario verificare l'appropriatezza se l'assicurazione sulla vita qualificata è conclusa su richiesta dello stipulante e senza una consulenza personale (operazione cosiddetta «execution only»).

Art. 39k Documentazione e rendiconto per le assicurazioni sulla vita qualificate

Anche le norme qui sancite risultano da principi generalmente riconosciuti del diritto contrattuale, così come concretizzati nella LSerFi per i fornitori di servizi finanziari (art. 15 e 16 LSerFi). Appare ovvio che la relazione con il cliente debba essere documentata (gli strumenti elettronici oggi a disposizione consentono di farlo in modo semplice ed efficiente). In un'eventuale controversia con lo stipulante una documentazione accurata è utile anche all'impresa di assicurazione in caso di difficoltà a raccogliere elementi probatori. Pure l'obbligo di dare conto della documentazione e dei servizi forniti è conforme a uno standard generalmente riconosciuto.

Art. 40 Definizione

Il diritto in materia di sorveglianza distingue gli intermediari assicurativi tra vincolati e non vincolati. La normativa in vigore definisce nell'articolo 43 capoverso 1 (Iscrizione a registro) gli intermediari assicurativi non vincolati e nell'articolo 183 OS (Obbligo di iscrizione) precisa i criteri per gli intermediari assicurativi vincolati.

Gli intermediari assicurativi non vincolati e gli intermediari assicurativi vincolati sono ora definiti nei capoversi 2 e 3, dove è chiaramente sottolineato che gli intermediari assicurativi non vincolati intrattengono un rapporto di fiducia con gli stipulanti e agiscono nell'interesse di questi ultimi. Tutti gli altri intermediari assicurativi sono quindi considerati non vincolati. In proposito sono soprattutto intesi i casi in cui un intermediario assicurativo in qualità di lavoratore dipendente o di agente intrattiene un rapporto di fiducia con un'impresa di assicurazione. Continuerà invece a dipendere dalle circostanze del singolo caso quali attività siano qualificate concretamente come intermediazione assicurativa ai sensi dell'articolo 40 capoverso 1 D-LSA e quali attività ausiliarie in tale ambito non rientrino ancora in questa definizione.

Art. 41 Obbligo e condizioni di registrazione

Secondo la normativa vigente, gli intermediari assicurativi non vincolati devono iscriversi a un registro centrale depositato presso la FINMA. Gli intermediari assicurativi vincolati non sono soggetti a tale obbligo, ma hanno il diritto di farsi iscrivere nel registro (art. 43 cpv. 2). I criteri di ammissione al registro sono di carattere personale, professionale e finanziario (art. 44). La FINMA verifica costantemente l'adempimento di questi requisiti e l'osservanza degli obblighi di informare in vigore per gli intermediari assicurativi secondo l'articolo 45. Con la registrazione, gli intermediari assicurativi non vincolati e quelli vincolati iscritti al registro rientrano nel campo d'applicazione dell'articolo 3 LFINMA e sono assoggettati alla vigilanza.

Il contenuto del vigente articolo 44 è trasposto in un nuovo articolo 41 e completato. L'articolo 41 disciplina ora espressamente l'obbligo e le condizioni di registrazione per gli intermediari assicurativi non vincolati. Gli intermediari assicurativi vincolati non possono più farsi iscrivere nel registro, salvo se possono fornire la prova di voler avviare un'attività all'estero per la quale lo Stato interessato esige un'iscrizione nel registro in Svizzera (cfr. art. 42 cpv. 4 D-LSA).

Questa modifica rispetto alla legislazione oggi in vigore attua in modo coerente l'attribuzione alle sfere d'interesse introdotta nell'articolo 40 con una chiara separazione tra intermediazione vincolata e non vincolata. Gli intermediari assicurativi non vincolati intrattengono un rapporto di fiducia con gli assicurati e agiscono nel loro interesse. Nell'ottica di una protezione efficace dei consumatori, qui è giustificato che la FINMA possa esercitare una sorveglianza mirata. Nell'ambito della presente modifica della legge, la FINMA ha anche chiaramente segnalato che aumenterà le risorse di personale da assegnare alla sorveglianza dell'attività di intermediazione non vincolata per adempiere fattivamente le aspettative riguardanti la sua funzione nei confronti degli assoggettati alla vigilanza.

Gli altri intermediari assicurativi intrattengono un rapporto di fiducia palesato e riconoscibile con i loro datori di lavoro, che nella quasi totalità dei casi sono imprese di assicurazione. La FINMA può esercitare la sorveglianza su questi intermediari assicurativi vincolati indirettamente e in modo efficace tramite le imprese di assicurazione. A tal fine l'iscrizione nel registro non è necessaria.

Capoverso 1

La disposizione riprende l'obbligo di iscrizione nel registro della FINMA già sancito nel vigente articolo 43 per gli intermediari assicurativi non vincolati. Parallelamente viene precisato che l'iscrizione nel registro è indispensabile per esercitare l'attività in qualità di intermediari assicurativi non vincolati. La FINMA sarà così in grado di verificare l'adempimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività già prima che i diversi attori entrino sul mercato e, all'occorrenza, di reagire di conseguenza.

Capoverso 2

Qui sono formulati i requisiti dell'iscrizione nel registro, con la precisazione che spetta agli intermediari assicurativi non vincolati provarne l'adempimento. Questo capoverso riprende il contenuto dispositivo del vigente articolo 44 (conoscenze professionali e assicurazione di responsabilità civile, lett. c e d), che viene dunque stralciato. In aggiunta, sono prescritte la buona reputazione e la garanzia dell'esecuzione degli obblighi derivanti dalla LSA (lett. b), conforme allo standard corrente per l'abilitazione a esercitare l'attività sul mercato finanziario (cfr. in proposito, p. es., l'art. 11 LIsFi). In considerazione delle ingenti risorse necessarie per attuare l'estesa norma di garanzia dell'articolo 14 per le imprese di assicurazione, è previsto che la sorveglianza degli intermediari non vincolati sia limitata a garantire «l'adempimento degli obblighi derivanti dalla presente legge».

La lettera a stabilisce quindi che gli intermediari assicurativi non vincolati devono avere la sede, il domicilio o una succursale in Svizzera. Ciò è ritenuto imprescindibile per una sorveglianza efficace da parte della FINMA, che ha così la possibilità di utilizzare e applicare i propri strumenti di vigilanza. Infine, viene richiesta la prova dell'affiliazione a un organo di mediazione, anch'esso inserito nella LSA in seguito alla presente revisione (lett. e).

Capoverso 3

In questo capoverso sono enunciati i motivi di esclusione per l'iscrizione nel registro. Non è quindi iscritto nel registro chi è iscritto nel casellario giudiziale per avere contravvenuto intenzionalmente alle disposizioni della LSA che prevedono sanzioni

penali ai sensi delle prescrizioni in materia di sorveglianza oppure per avere commesso un reato contro il patrimonio punibile ai sensi del Codice penale (lett. a). Inoltre, nei confronti del richiedente non deve essere stato ordinato un divieto di esercizio dell'attività o della professione secondo la LFINMA (lett. b).

Capoverso 4

Come avvenuto finora, il Consiglio federale definirà i requisiti per l'assicurazione di responsabilità civile professionale e fisserà l'ammontare minimo delle garanzie finanziarie. Potrà delegare alla FINMA il disciplinamento dei dettagli di natura tecnica.

Art. 42 Registro

La FINMA tiene ancora il registro degli intermediari assicurativi non vincolati direttamente assoggettati alla sua vigilanza. Contestualmente, con l'aggiunta al capoverso 1, viene precisato a titolo restrittivo che gli intermediari assicurativi vincolati non possono più iscriversi nel registro, neppure su base volontaria. Tuttavia, la FINMA può integrare nel registro gli intermediari assicurativi non sottoposti all'obbligo di registrazione che forniscono la prova di voler avviare un'attività all'estero per la quale lo Stato interessato esige un'iscrizione nel registro in Svizzera. Concretamente, si pensi agli intermediari assicurativi che esercitano già o vogliono esercitare un'attività nel Principato del Liechtenstein (cpv. 4). Se lo ritiene opportuno, in virtù della facoltà riconosciutale nel secondo periodo del capoverso 1 la FINMA può affidare a terzi la tenuta del registro in ambiti di secondaria importanza. Si pensi alla tenuta integrativa del registro finalizzata a comprovare l'avvenuta formazione e perfezionamento degli intermediari assicurativi non vincolati (cfr. art. 43 D-LSA)

Il settore ha inoltre la facoltà di tenere un proprio registro di tutti gli intermediari assicurativi oppure di ampliare un registro già esistente (p. es. Cicero). Nel capoverso 3 la FINMA è quindi autorizzata a trasmettere a terzi le indicazioni contenute nel suo registro o a renderle accessibili con procedura di richiamo, in modo che sia possibile accedere ai dati contenuti nel registro della FINMA ad esempio mediante un'interfaccia.

Art. 43 Formazione e perfezionamento

Capoverso 1

Il nuovo articolo 43 è pressoché identico all'articolo 6 LSerFi, così come previsto nel messaggio del Consiglio federale. L'esigenza di disporre delle capacità e delle conoscenze necessarie riguarda tutti gli intermediari assicurativi, vincolati e non vincolati. Per gli intermediari assicurativi non vincolati, inoltre, le capacità e conoscenze necessarie sono una delle condizioni per l'iscrizione nel registro secondo gli articoli 41 e 42 D-LSA. Dalla precisazione che tutti gli intermediari assicurativi devono disporre delle capacità e delle conoscenze necessarie all'esercizio della loro attività si evince necessariamente che questi requisiti non possono essere meno severi rispetto a quelli attuali, così come definiti nell'OS.

Capoversi 2 e 3

I requisiti relativi a una formazione e un perfezionamento adeguati degli intermediari assicurativi sono efficaci solo se si orientano a uno standard minimo. Il capoverso 2 sollecita l'introduzione di un tale criterio di qualità per le capacità e conoscenze di cui le suddette persone necessitano per svolgere la loro attività.

Oltre che dei requisiti di base che tutti gli intermediari devono soddisfare, gli standard minimi devono tenere conto anche delle particolari esigenze in fatto di formazione e perfezionamento risultanti dai diversi rami assicurativi. Chi opera in qualità di intermediario solo nel campo delle assicurazioni di responsabilità civile dovrà soddisfare requisiti diversi da quelli di chi opera in qualità di intermediario di assicurazioni sulla vita. Inoltre gli standard minimi devono essere costantemente adeguate ai nuovi sviluppi del mercato. Per assicurare questi presupposti, è lo stesso settore assicurativo a essere chiamato a elaborare gli standard minimi validi per la formazione e il perfezionamento dei propri intermediari assicurativi. Nel quadro dell'elaborazione della presente revisione di legge le associazioni di categoria hanno peraltro già annunciato di voler lavorare congiuntamente allo sviluppo di siffatti standard. Se i presupposti sono soddisfatti, la FINMA potrà poi anche riconoscere questi standard come standard minimi validi per l'intero settore (cfr. art. 7 cpv. 3 LFINMA).

Al momento dell'adeguamento dell'OS, resa necessaria dalla presente modifica della legge, si dovrà stabilire se e in che misura le attuali disposizioni dell'OS relative alle qualifiche professionali (art. 184 OS) dovranno essere riviste. In ogni caso, il Consiglio federale procederà a un'ulteriore precisazione dei requisiti secondo il capoverso 3 qui esaminato solo se i fornitori di servizi finanziari non definiscono standard di formazione e perfezionamento o se lo standard elaborato è insufficiente.

Art. 44 Attività illecite

In futuro il divieto già sancito nella legislazione vigente nell'articolo 41 (nella presente modifica cpv. 1 lett. a), secondo cui gli intermediari assicurativi non possono esercitare attività a favore di imprese di assicurazione o altre persone soggette alla presente legge ma non autorizzate a esercitare attività assicurative, si applicherà per analogia e inversamente anche alle imprese di assicurazione, così come disposto dal capoverso 2. A titolo di precisazione, nella fattispecie si fa ora riferimento all'assenza di un'autorizzazione necessaria ai sensi della presente legge.

Al riguardo va osservato che l'attività di intermediazione per conto di imprese di assicurazione di diritto pubblico cantonale non rientra nel campo d'applicazione della LSA in quanto queste stesse imprese non sono soggette a questa legge (cfr. le considerazioni di cui al n. 4.1.5) e pertanto non necessitano di alcuna autorizzazione secondo la presente legge.

Per proteggere gli stipulanti da conflitti di interesse, il capoverso 1 lettera b stabilisce ora espressamente che gli intermediari assicurativi non possono operare contemporaneamente come intermediari assicurativi vincolati e non vincolati.

Art. 45 Obbligo d'informare

Gli intermediari assicurativi devono fornire agli stipulanti indicazioni riguardanti sé stessi, la protezione dei dati e la possibilità di avviare una procedura di mediazione. Queste informazioni rivestono una particolare importanza nella fase preliminare alla conclusione del contratto. Devono essere formulate nel modo più semplice e comprensibile possibile e non dare adito a fraintendimenti o confusioni. Devono essere comprensibili da parte di un destinatario con conoscenze medie.

Capoverso 1

Conformemente alla normativa vigente (cfr. cpv. 1 lett. a), l'obbligo generale d'informare comprende le indicazioni su nome e indirizzo (lett. a) e sulla forma dell'intermediazione (vincolata o non vincolata; lett. b). Se l'intermediazione è svolta su incarico di una o più imprese di assicurazione, l'obbligo d'informare include inoltre l'indicazione del loro nome e indirizzo. Dal punto di vista del contenuto, l'obbligo qui sancito corrisponde a quello di cui al capoverso 1 lettera c secondo la versione in vigore. Inoltre, gli intermediari assicurativi devono indicare agli stipulanti come possono informarsi in merito al livello della loro formazione e del loro perfezionamento secondo l'articolo 43 (lett. c). Così come disposto nel diritto vigente (lett. d), l'intermediario assicurativo deve inoltre designare una persona responsabile che risponda in caso di danni, segnatamente informazioni errate, errori e negligenze. A ciò si aggiunge, conformemente agli obblighi di informazione sanciti nell'articolo 8 LSerFi per i fornitori di servizi finanziari, l'obbligo di informare gli stipulanti sulla possibilità di avviare una procedura di mediazione dinanzi a un organo di mediazione (lett. f). Infine, rimane invariato l'obbligo di informare sul trattamento dei dati personali (lett. e).

Capoversi 2 e 3

I capoversi 2 e 3 precisano le disposizioni sinora disciplinate nel capoverso 2 in merito alla fornitura delle informazioni di cui al capoverso 1. Non sarà più richiesto che le informazioni debbano essere fornite su un supporto durevole, anzi, potranno essere trasmesse anche in forma elettronica, ma è ovvio che i destinatari dovranno avere la possibilità di memorizzarle nei loro sistemi in modo permanente. In analogia al disciplinamento vigente per le imprese di assicurazione nell'articolo 3 capoverso 2 LCA, è previsto che le informazioni siano trasmesse agli stipulanti in modo che questi possano venirne a conoscenza quando richiedono o accettano il contratto d'assicurazione (cpv. 3).

Art. 45a Prevenzione di conflitti di interessi

L'obbligo generale per le imprese di assicurazione di evitare il più possibile i conflitti di interessi, sancito nell'articolo 14a D-LSA, vale anche per l'intermediazione di servizi assicurativi, sia per le imprese di assicurazione che esercitano l'attività di assicurazione diretta che per gli intermediari assicurativi vincolati e non vincolati.

Per quanto riguarda l'accettazione di indennità, agli intermediari assicurativi non vincolati si applica inoltre anche la disposizione particolare di cui all'articolo 45b D-LSA.

Art. 45b Pubblicazione delle indennità

Il sistema di remunerazione oggi più diffuso tra gli intermediari assicurativi non vincolati si basa sulle commissioni. Per ogni contratto d'assicurazione concluso, gli intermediari ricevono dall'impresa di assicurazione una commissione (o provvigione), che è inclusa nel premio assicurativo (lordo). Pagando i premi all'impresa di assicurazione, gli stipulanti finanziano quindi indirettamente anche l'onorario degli intermediari assicurativi non vincolati.

Il sistema basato su commissioni genera un conflitto di interessi per gli intermediari assicurativi non vincolati. In base al rapporto di mandato con i loro clienti, sono tenuti a tutelare gli interessi degli assicurati nei confronti dell'impresa di assicurazione, dalla quale sono tuttavia pagati per la loro attività di intermediazione. Questa situazione crea un conflitto tra l'interesse degli assicurati a concludere un contratto ottimale e l'interesse dell'intermediario assicurativo non vincolato a ottenere un'indennità il più possibile elevata.

La norma sancita nell'articolo 45b D-LSA corrisponde a un obbligo di diritto pubblico (in materia di sorveglianza), che è quello di informare gli stipulanti sulle indennità ricevute da terzi e di trasferire loro tali indennità. L'articolo 45b non è concepito come norma con doppia natura, pertanto non ha un effetto diretto sul rapporto di diritto privato. Segnatamente, la disposizione di cui all'articolo 45b non prevale sulle pretese derivanti dalle norme sul mandato. D'altro canto, il giudice civile può riferirsi agli obblighi di informare derivanti dal diritto in materia di sorveglianza per precisare il rapporto di diritto privato. In questa ottica tali obblighi hanno una ricaduta sul rapporto di diritto civile.

Capoverso 1

In questo capoverso viene precisato che gli intermediari assicurativi non vincolati devono esplicitamente informare gli stipulanti riguardo a tutte le indennità che ricevono da terzi (p. es. dalle imprese di assicurazione) in relazione alla fornitura dei servizi.

Capoverso 2

Gli intermediari assicurativi non vincolati che, oltre all'indennità suesposta, ricevono un compenso in virtù del rapporto di mandato con l'assicurato, possono tenere le indennità ricevute da imprese di assicurazione o da altri terzi soltanto se (1) ne hanno previamente informato in modo esplicito gli assicurati e (2) gli assicurati rinunciano esplicitamente a farsi trasferire l'indennità (cpv. 2 lett. a). La rinuncia tacita non è sufficiente. In assenza della rinuncia, l'indennità ricevuta deve essere integralmente trasferita allo stipulante.

Capoverso 3

L'informazione è sufficiente se gli assicurati conoscono la natura e l'entità delle indennità prima della conclusione del contratto o prima della fornitura del servizio. Se l'importo non può essere determinato in anticipo, occorre fornire informazioni almeno sui parametri di calcolo e sui valori di massima. Su specifica richiesta, gli assicurati devono poi essere informati anche sull'importo che l'intermediario ha effettivamente ricevuto. Anche in caso di un'eventuale rinuncia all'indennità occorre informare gli assicurati, su loro richiesta, riguardo all'indennità ricevuta.

Capoverso 4

In questo capoverso viene definito ciò che è considerato indennità e precisato che tutte le prestazioni che gli intermediari assicurativi non vincolati ricevono da terzi (in particolare da imprese di assicurazione) in relazione alla fornitura di un servizio sono considerate indennità ai sensi della presente legge.

Art. 46 cpv. 1

L'aggiunta alla lettera b autorizza la FINMA a verificare se le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi godono di una buona reputazione e garantiscono l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla LSA. L'inserimento del requisito della buona reputazione nell'articolo 14 D-LSA per le imprese di assicurazione e nell'articolo 41 D-LSA per gli intermediari assicurativi non vincolati amplia di conseguenza anche i compiti della FINMA. Questa aggiunta consente inoltre alla FINMA di controllare direttamente tutti gli intermediari assicurativi in merito al requisito della buona reputazione, rafforzando in definitiva la vigilanza sugli abusi. La lettera f del testo tedesco viene modificata formalmente, adeguandola alla nuova terminologia della LSA.

*Sezione 2:**Misure di protezione, misure in caso di pericolo di insolvenza e liquidazione*

Per affinità con la terminologia della LBCR, il termine «provvedimento conservativo» viene sostituito con «misura di protezione» in tutto il testo della LSA.

Art. 51 Misure di protezione*Capoverso 1*

A garanzia della completezza delle misure adottate, ai soggetti giuridici contro cui possono essere rivolte le misure di protezione si aggiungono anche le società del gruppo o del conglomerato importanti (cfr. anche l'art. 2a D-LSA). L'adeguamento riflette la prassi odierna e viene disciplinato a titolo di precisazione.

Capoverso 2

Nella versione attuale, la lettera i condiziona la possibilità di disporre una moratoria o una proroga delle scadenze all'esistenza di un pericolo d'insolvenza. Il concetto di pericolo d'insolvenza viene ora definito nell'articolo 51a e costituisce segnatamente la base per l'avvio di una procedura di risanamento o per l'apertura di una procedura di fallimento dell'assicurazione. La possibilità di ordinare una moratoria e una proroga delle scadenze non dovrebbe essere condizionata all'esistenza di un pericolo d'insolvenza nel senso appena menzionato. Se gli interessi degli assicurati sono a rischio e questa misura appare utile e proporzionata, la FINMA dovrebbe poterla ordinare già in un momento antecedente. Tutto ciò premesso, occorre rimuovere il vincolo che circoscrive questa misura al pericolo d'insolvenza.

Capoverso 3

La normativa vigente riguardo alla pubblicazione di misure di protezione ai sensi di questo capoverso viene completata nella misura in cui ora è prevista la possibilità di

rinunciare alla pubblicazione qualora ciò pregiudicasse lo scopo della misura ordinata. Può infatti accadere che, anziché fornire sicurezza, la pubblicazione di una misura provochi ulteriori incertezze sul mercato, destabilizzando di conseguenza l'impresa di assicurazione e rendendo in definitiva impossibile ordinare una misura veramente efficace. In simili casi si può rinunciare alla pubblicazione in virtù di una ponderazione degli interessi. Questo complemento sancisce espressamente una consuetudine già riconosciuta nella procedura di risanamento delle banche.

Capoverso 4

Questo capoverso è conforme alla norma dell'articolo 26 capoverso 3 LBCR.

Art. 51a Misure in caso di pericolo d'insolvenza

Capoverso 1

L'articolo 51a D-LSA definisce il pericolo d'insolvenza (eccedenza di debiti o seri problemi di liquidità) ed enuncia le misure che possono essere ordinate dalla FINMA in presenza di tale pericolo.

Il pericolo d'insolvenza si evince dalla situazione patrimoniale; l'eccedenza di debiti e la scarsa liquidità sono quindi gli unici criteri determinanti. I concetti dell'insolvenza, dell'eccedenza di debiti e della scarsa liquidità si basano sui principi della LEF.

Diversamente da quanto disposto nella LEF, non è necessario attendere che si sia effettivamente verificata una situazione d'insolvenza dell'impresa di assicurazione. Piuttosto, è sufficiente l'esistenza di un timore fondato in tal senso (pericolo d'insolvenza). Ciò permette alla FINMA di adottare misure già in un momento antecedente. La formulazione riprende quella dell'attuale articolo 53 capoverso 1, che può quindi essere abrogato, nonché la norma corrispondente di cui all'articolo 25 capoverso 1 LBCR e lo standard internazionale applicabile in questo ambito.

Nel valutare l'esistenza di un pericolo d'insolvenza non sono rilevanti le prescrizioni in materia di sorveglianza relative al capitale previste dalla LSA. Nello specifico, le misure di insolvenza non devono ricondursi agli esiti del test SST. L'attuale sistema delle soglie d'intervento del test SST si fonda sull'articolo 51 e rimane applicabile.

Capoverso 2

Il capoverso 2 precisa che le misure di protezione di cui all'articolo 51 possono essere ordinate non solo in una procedura a sé stante ma anche nel contesto di un risanamento o di un fallimento dell'assicurazione. L'avvio di una procedura di risanamento, in particolare, può rendere necessarie altre misure di protezione.

Capoverso 3

Il contenuto di questo capoverso è stato ripreso senza sostanziali modifiche dall'articolo 53.

Con questa disposizione si esclude la moratoria nel diritto della società anonima, ovvero il differimento del fallimento e la relativa competenza del tribunale civile. Nel caso di applicazione dell'articolo 51a, la competenza esclusiva spetta alla

FINMA. Il restante contenuto degli articoli 725 e seguente del Codice delle obbligazioni (CO) rimane invariato.

Con il disciplinamento specifico del risanamento decade anche l'applicabilità delle disposizioni concernenti la procedura concordataria secondo la LEF.

Capoverso 4

Di regola, le misure coattive di autorità pubbliche producono effetti solo nell'ordinamento nazionale. L'applicabilità delle misure svizzere previste nel presente articolo a patrimoni esteri di un'impresa di assicurazione svizzera dipende dal dettato del diritto estero. È probabile che le misure non sarebbero eseguibili secondo il diritto statunitense. Diversamente, l'articolo 9 paragrafo 1 del regolamento (CE) n. 593/2008 (Roma I)²⁶, vigente in tutti gli Stati membri dell'UE, consente di tenere conto delle norme di applicazione necessaria di Stati terzi (cosiddetta «loi d'application immédiate»). Una delle condizioni è però che la volontà internazionale di applicazione emerga chiaramente dalla norma in questione. Il capoverso 4 esplicita pertanto che gli ordini della FINMA di cui al capoverso 1 possono riguardare tutti gli elementi patrimoniali dell'impresa di assicurazione, inclusi tutti i suoi attivi e passivi che si trovano in Svizzera e all'estero. Questa pretesa extraterritoriale è in linea con il disciplinamento della LBCR e della LEF.

Art. 51b Prevalenza degli accordi di compensazione, di valorizzazione e di trasferimento

Questa norma corrisponde all'analoga disposizione del diritto bancario (art. 27 LBCR), adeguata con la LInFi. Come nella LBCR occorre infatti che anche la LSA preveda un corrispondente elenco delle eccezioni.

Sezione 2a: Risanamento

La LSA attualmente in vigore disciplina in modo esaustivo solo la procedura di fallimento. Sebbene la legge stessa presupponga il risanamento (cfr. art. 53 cpv. 1), allo stato attuale manca un disciplinamento della procedura di risanamento per imprese di assicurazione. Con la nuova sezione 2a si intende colmare questa lacuna normativa e disciplinare esplicitamente attraverso la legge anche la procedura di risanamento. Le nuove disposizioni concernenti la procedura di risanamento riprendono le corrispondenti disposizioni della LBCR, tenendo tuttavia conto delle peculiarità del settore assicurativo.

Il concetto di impresa di assicurazione secondo questa sezione contempla sia le imprese di assicurazione svizzere di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettera a sia le imprese di assicurazione con sede all'estero che esercitano la loro attività assicurativa in Svizzera o a partire dalla Svizzera (art. 2 cpv. 1 lett. b LSA).

²⁶ Regolamento (CE) n. 593/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 giugno 2008, sulla legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (Roma I), GU L 177 del 4.7.2008, pag. 6, rettificato in GU L 309 del 24.11.2009, pag. 87.

Art. 52a Procedura*Capoverso 1*

Questa disposizione si conforma all'articolo 28 LBCR. Come nella legge sulle banche, l'avvio di una procedura di risanamento secondo la LSA presuppone un pericolo d'insolvenza (cfr. art. 51a cpv. 1 lett. b D-LSA). La FINMA può avviare una procedura di risanamento in presenza di buone prospettive non solo di risanare l'(intera) impresa di assicurazione ma anche di continuare semplicemente a offrire singoli servizi assicurativi (p. es. mantenimento di portafogli, dell'amministrazione dei portafogli o del servizio sinistri). Questi singoli servizi possono anche essere trasferiti a un'altra impresa di assicurazione che continuerà a sua volta a offrirli, mentre la restante parte della società viene liquidata con una procedura fallimentare. L'obiettivo primario del risanamento non è salvare l'impresa di assicurazione esistente bensì garantire agli assicurati la migliore protezione possibile.

Capoversi 2 e 4

Potrebbe eventualmente rendersi necessaria l'emanazione di ulteriori disposizioni speciali per l'esecuzione della procedura di risanamento. In questo caso, la FINMA può emanare le decisioni di carattere speciale necessarie per il singolo caso ma anche disciplinare i dettagli della procedura in termini generali e astratti sotto forma di ordinanza. In tal caso si tratterà segnatamente di disposizioni di natura formale e procedurale. La FINMA si è avvalsa di questa competenza sia per il caso di fallimento, con l'ordinanza FINMA del 17 ottobre 2012²⁷ sul fallimento delle assicurazioni (OFA-FINMA), sia per l'insolvenza delle banche, con l'ordinanza FINMA del 30 agosto 2012²⁸ sull'insolvenza bancaria (OIB-FINMA).

Capoverso 3

Il presente capoverso autorizza la FINMA a nominare un incaricato del risanamento. Così facendo, la FINMA delega contestualmente anche la responsabilità dell'elaborazione e dell'attuazione del piano di risanamento. Non è tuttavia obbligatoriamente necessario nominare un incaricato del risanamento, che può anche essere nominato nell'ambito dell'omologazione con il solo compito di attuare il piano di risanamento già esistente. In molti casi, i punti essenziali del risanamento sono infatti già noti al momento dell'avvio della procedura di risanamento, e devono anche esserlo per una comunicazione credibile. In tali casi può essere superfluo nominare un incaricato che si occupi dell'elaborazione del piano.

Art. 52b Piano di risanamento*Capoverso 1*

L'obiettivo del risanamento è allontanare il pericolo d'insolvenza. L'impresa di assicurazione deve essere messa nelle condizioni di poter eliminare il pericolo d'insolvenza al di fuori di una procedura di fallimento dell'assicurazione. Lo strumento strategico fondamentale a questo scopo è il piano di risanamento. Il capoverso 1 sancisce il principio secondo il quale il piano di risanamento deve indicare

²⁷ RS 961.015.2

²⁸ RS 952.05

come eliminare il pericolo d'insolvenza e quali misure adottare a tale scopo. Il punto focale del piano di risanamento è la strategia finalizzata a risolvere i problemi finanziari dell'impresa di assicurazione. Tuttavia, nel piano devono essere dettagliate, oltre alle misure finanziarie, ad esempio anche le misure organizzative (conseguenze a livello di organico, adeguamenti nell'organizzazione e gestione dell'impresa).

Il risanamento conterà di misure diverse a seconda del caso specifico. Queste vengono elencate a titolo esemplificativo in questo capoverso e successivamente approfondite negli articoli 52c–52e D-LSA. Le misure possono quindi consistere in un'assunzione integrale o parziale dell'impresa di assicurazione o del suo portafoglio da parte di un altro assicuratore (assuntore) o di una società subentrante. Sono altresì possibili una riorganizzazione dell'attività, con la chiusura di determinati rami di attività, l'alienazione di una parte degli attivi, una ricapitalizzazione dell'impresa (eventualmente anche da parte di terzi interessati), un'iniezione di capitale da parte degli azionisti o un aumento di capitale.

Nei confronti dei creditori e degli assicurati, la misura finanziaria privilegiata è la classica riduzione dei crediti. Se i contratti d'assicurazione vengono mantenuti, è possibile valutare una riduzione della loro durata (intervenendo sulla copertura assicurativa non utilizzata in modo che, a titolo di contributo al risanamento, risulti una durata del contratto più breve a parità di premio) in alternativa alla riduzione dell'importo del credito. La modalità della riduzione è rimessa alla discrezione dell'incaricato del risanamento. Chiaramente, l'entità della riduzione deve essere uguale per tutti i creditori aventi pari diritti, a prescindere dal fatto che il credito venga ridotto tramite riduzione della durata del contratto o tramite riduzione del suo importo. Come strumento di risanamento alternativo alla riduzione dei crediti è altresì ipotizzabile la conversione dei crediti in capitale proprio tramite liberazione per compensazione («debt equity swap»), tenendo però presente che gli assicurati non hanno effettuato investimenti finanziari e solitamente sono interessati a mantenere la loro posizione di assicurato e non desiderano diventare azionisti. In questo senso, qualora adottato, questo strumento si rivolgerà piuttosto ad altri tipi di creditori.

Da ultimo, anche un adeguamento dei contratti d'assicurazione appare una misura praticabile nei confronti degli assicurati.

Capoverso 2

Se il piano di risanamento mira alla continuazione dell'impresa di assicurazione, occorre necessariamente garantire che, eseguito il risanamento, tale impresa soddisfi integralmente le condizioni di autorizzazione in modo sostenibile.

Capoverso 3

Tuttavia, non è affatto escluso che un risanamento dell'impresa di assicurazione si limiti alla liquidazione ordinata del portafoglio esistente, senza che vengano stipulati nuovi contratti d'assicurazione. Questo dovrebbe essere il caso normale rispetto a quello del mantenimento dell'impresa di assicurazione. Nel caso di una liquidazione di questo genere, che nel settore assicurativo può richiedere molto tempo, il capoverso 3 prevede che la FINMA possa allentare le condizioni di autorizzazione dettate dal diritto in materia di sorveglianza (p. es. riguardo al capitale minimo o al test SST). Devono inoltre potere essere allentati i requisiti prudenziali. Ciò può,

nell'interesse degli assicurati, agevolare una liquidazione ordinata del portafoglio esistente, in quanto consente di derogare a requisiti non indispensabili e di contenere così i costi della liquidazione. Le agevolazioni possono essere accordate sia in caso di liquidazione all'interno dell'impresa di assicurazione insolvente sia in caso di trasferimento a una società terza, ad esempio a una società subentrante. A questo riguardo, la FINMA deve valutare discrezionalmente nel singolo caso se eventuali agevolazioni permettono di garantire adeguatamente la protezione degli assicurati.

Art. 52c Trasferimento del portafoglio o di parti di esso nonché di altre parti dell'impresa di assicurazione

Capoverso 1

Il piano di risanamento può prevedere il trasferimento del portafoglio o di parti dello stesso nonché di altre parti dell'impresa d'assicurazione a un altro soggetto giuridico. Possono configurarsi come altri soggetti giuridici sia altre imprese di assicurazione sia una società subentrante. Quest'ultima potrebbe, ad esempio, rivestire la forma di società cooperativa – con gli stipulanti in veste di soci – specificamente allo scopo di liquidare il portafoglio e di garantire così una liquidazione («run-off») ordinata. Eventuali utili di liquidazione confluirebbero ai soci e resterebbero quindi riservati agli assicurati. A questo specifico riguardo occorre rifarsi all'articolo 52f D-LSA concernente eventuali ingerenze nei diritti degli assicurati.

Capoverso 2

Con la deroga prevista nel capoverso 2, la FINMA ottiene la facoltà di allentare, in casi fondati, i requisiti prudenziali nei confronti dell'assuntore di un portafoglio. Può ad esempio approvare il trasferimento di un portafoglio anche se, proprio in seguito al trasferimento, la società assuntrice non fosse più in grado (per un certo periodo transitorio) di soddisfare il quoziente del 100 per cento previsto dal test SST. La FINMA deve accordare le agevolazioni in modo molto restrittivo, stando attenta a non provocare un rischio morale («moral hazard»). Nello specifico, eventuali agevolazioni devono essere circoscritte all'attività assunta, cercando il più possibile di evitare che producano effetti anche sull'attività esistente dell'assuntore. I requisiti prudenziali dovrebbero inoltre essere allentati solo per un periodo limitato; in ogni caso devono rimanere tutelati gli interessi degli assicurati.

Capoverso 3

Il capoverso 3 riprende la normativa di cui all'articolo 31b LBCR. Ai sensi dell'articolo 52b capoverso 1 lettera a D-LSA, ai fini del risanamento di un'impresa di assicurazione, il patrimonio di questa impresa può essere trasferito a un altro soggetto giuridico o a una società subentrante. Se ogni volta si esigesse una valutazione indipendente prima del trasferimento, ciò potrebbe ostacolare un risanamento tempestivo ed efficace in determinate situazioni, segnatamente in situazioni in cui il patrimonio deve essere venduto rapidamente a un soggetto giuridico assuntore. Per questa ragione, alla FINMA deve essere conferita la competenza di disciplinare a propria discrezione la compensazione tra i soggetti giuridici interessati. La possibilità di ordinare una valutazione indipendente deve però essere mantenuta. Sarebbero ipotizzabili anche possibilità in cui la FINMA, contemporaneamente alla disposizione di una valutazione indipendente, stabilisce una compensazione massima per

consentire una vendita. La compensazione deve avvenire solo tra i soggetti giuridici interessati e non tra proprietari o creditori e sarà integrata in un'appendice al piano di risanamento.

Art. 52d Riduzione del capitale proprio esistente e costituzione di nuovo capitale proprio nonché conversione di capitale di terzi in capitale proprio e riduzione dei crediti

Capoverso 1

In caso di costituzione di nuovo capitale proprio, di regola i proprietari esistenti beneficiano di un diritto di opzione (cfr. art. 652b CO). In determinate situazioni, ad esempio quando un acquirente desidera acquisire l'intero capitale azionario, il diritto di opzione può pregiudicare il buon esito del risanamento. Per questo motivo, il capoverso 1 sancisce (in conformità con le corrispondenti disposizioni sul risanamento bancario previste nell'art. 47 OIB-FINMA) che nella costituzione di nuovo capitale proprio il diritto di opzione dei proprietari esistenti può essere revocato (per nuove azioni) se il suo esercizio dovesse mettere a rischio il risanamento.

Capoverso 2

La lettera a esclude dalla conversione e dalla riduzione dei crediti i crediti compensabili e quelli garantiti.

Sono esclusi dalla conversione o dalla riduzione dei crediti anche i crediti derivanti da impegni che l'impresa di assicurazione ha legittimamente assunto per la durata delle misure di protezione o durante una procedura di risanamento con l'approvazione della FINMA o di un incaricato dell'inchiesta o del risanamento da essa designato (lett. b). Si intende così tutelare in particolare i crediti vantati da fornitori di servizi e altri creditori che continuano a fornire le loro prestazioni anche durante le misure di protezione o la procedura di risanamento. Si intende evitare che, al profilarsi di una crisi, questi creditori, per timore di possibili misure di risanamento, risolvano la loro relazione contrattuale con l'impresa di assicurazione a rischio o condizionino l'offerta dei loro servizi alla concessione di garanzie o a pagamenti anticipati. Con l'esclusione di questi crediti si salvaguardano le pretese di tali creditori. Le disposizioni di diritto comune relative alla procedura concordataria prevedono un disciplinamento analogo nell'articolo 310 capoverso 2 LEF, secondo il quale i debiti contratti durante la moratoria con il consenso del commissario costituiscono debiti della massa in un concordato con abbandono dell'attivo o in un fallimento successivo. Un disciplinamento analogo si applica in caso di fallimento (cfr. art. 54b^{bis} D-LSA).

Secondo la lettera c sono esclusi dalla conversione e dalla riduzione dei crediti anche i crediti derivanti da contratti d'assicurazione che sono garantiti da un patrimonio vincolato secondo l'articolo 17 LSA, se quest'ultimo è sufficiente a garantire le pretese.

Non sono esclusi i crediti di cui all'articolo 219 capoverso 4 LEF e gli altri crediti privilegiati secondo la LSA (ossia i crediti derivanti da contratti d'assicurazione che non sono garantiti da un patrimonio vincolato o quelli per cui quest'ultimo non è sufficiente a garantire le pretese). La ragione sta nel fatto che i crediti derivanti da

contratti d'assicurazione garantiti da un patrimonio vincolato godono del massimo grado di privilegio, tuttavia, a motivo del loro volume (crediti di questo genere possono rappresentare oltre il 90 % di tutti i crediti di un'impresa di assicurazione), devono anche essere interessati dalle misure previste, se si vuole ottenere un risanamento efficace.

Capoverso 3

Rispetto ai proprietari o agli azionisti, sui quali grava il rischio imprenditoriale, gli assicurati e gli altri creditori dell'impresa di assicurazione devono beneficiare di un trattamento privilegiato. Per questo motivo, il capoverso 3 lettera a dispone che prima di eseguire una conversione o una riduzione dei crediti, che rappresenta un'importante ingerenza nei diritti finanziari dell'impresa, bisogna ridurre integralmente il capitale azionario esistente. In questo modo decadono tutti i diritti degli azionisti, in particolare anche i diritti di partecipazione. È fatta eccezione unicamente per il diritto di opzione su nuove azioni. Il diritto di opzione decade intrinsecamente in caso di conversione mentre in caso di costituzione di nuovo capitale azionario può essere revocato unicamente in conformità con le condizioni poste nel capoverso 1.

Oltre alla riduzione del capitale azionario devono altresì essere convertiti o integralmente ridotti i cosiddetti strumenti di capitale assorbenti il rischio. Sono considerati strumenti di capitale assorbenti il rischio secondo la lettera b del presente capoverso gli strumenti indicati nell'articolo 22a OS. Il ventaglio di questi strumenti va dal capitale ibrido non convertibile alle obbligazioni convertibili.

Capoverso 4

In questo capoverso si definisce l'ordine da seguire in caso di conversione di capitale di terzi in capitale proprio e di riduzione dei crediti. L'ordine coincide con quello applicabile in caso di fallimento dell'assicurazione (cfr. art. 54a e 54a^{bis} D-LSA). Solo in ultima istanza si deve ingerire nei diritti degli stipulanti le cui pretese sono garantite da un patrimonio vincolato (cfr. cpv. 4 lett. f più sotto).

In conformità con l'OIB-FINMA (art. 48 cpv. 1 lett. d OIB-FINMA), il capoverso 4 stabilisce l'ordine in base al quale i crediti devono essere convertiti o ridotti. I crediti del rango successivo possono essere inclusi solo se la conversione o la riduzione dei crediti di rango precedente non è sufficiente per soddisfare con certezza i requisiti in materia di fondi propri (principio dell'esaurimento). Inoltre, all'interno della medesima categoria di creditori la riduzione dei crediti deve avvenire in maniera equa.

Ai sensi della lettera a vengono prima convertiti o ridotti tutti i crediti postergati.

La lettera b indica in seconda posizione i crediti emessi appositamente per coprire le perdite in caso di misure di insolvenza ordinate da autorità («bail-in bond»). Si tratta di crediti per i quali i creditori hanno già contrattualmente pattuito a priori una conversione. La costituzione di un rango specifico per questi crediti, che si colloca tra i crediti postergati e gli altri crediti, è indispensabile per il rispetto della graduazione dei creditori. Non sarebbe infatti corretto convertire questi «bond» in concorrenza con gli altri crediti (di terza classe) – di cui fanno parte anche i «senior bond» – per i quali i creditori non hanno contrattualmente pattuito a priori alcuna

conversione. Solo in questa posizione possono essere ridotti gli altri crediti secondo l'ordine di privilegio della LEF.

Successivamente vengono inclusi i crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione per i quali non è prescritto un patrimonio vincolato secondo l'articolo 17 (lett. c). Nell'ordine di privilegio sono assegnati alla seconda classe secondo l'articolo 219 capoverso 4 LEF per effetto del rinvio all'articolo 54a capoverso 2. Essi vengono tuttavia soddisfatti dalla massa fallimentare solo dopo tutti gli altri crediti della seconda classe. Devono quindi essere ridotti prima dei crediti della seconda e della prima classe secondo l'articolo 219 capoverso 4 LEF (cfr. lett. d ed e). Non è previsto alcun patrimonio vincolato per i contratti di riassicurazione e i contratti d'assicurazione stipulati con controparti professionali né per i portafogli di succursali estere di imprese di assicurazione con sede in Svizzera.

Secondo la lettera f, in ultima posizione e quindi dopo la riduzione di tutti gli altri crediti segue la conversione e la riduzione dei crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione per i quali è richiesto un patrimonio vincolato ai sensi dell'articolo 17. Ciò è dovuto alla posizione privilegiata del patrimonio vincolato a garanzia delle pretese degli assicurati che, conformemente allo scopo della LSA, beneficiano di un particolare privilegio in caso di insolvenza. Un'ingerenza nei diritti degli assicurati è pertanto ammessa solo se il patrimonio vincolato richiesto non è sufficiente a garantire i loro crediti. Il diritto di ingerenza è quindi limitato alla parte non coperta.

Il diritto alla riduzione delle pretese degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione sulla vita era già previsto dalla legge federale del 25 giugno 1930²⁹ sulla garanzia degli obblighi derivanti da assicurazione sulla vita (cfr. art. 29 della citata legge, abrogata dalla nuova LSA).

In caso di ingerenze nei diritti derivanti da contratti d'assicurazione occorre sempre rifarsi all'articolo 52f.

Capoverso 5

La FINMA può proibire o subordinare a condizioni la partecipazione qualificata (almeno il 10 % dei diritti di voto o del capitale o altro potere di influenza determinante) a un'impresa di assicurazione se tale partecipazione è suscettibile di pregiudicare, per il suo genere e la sua entità, l'impresa di assicurazione o gli interessi degli assicurati (art. 21 cpv. 4 LSA). Se il piano di risanamento prevede la conversione di capitale di terzi in capitale proprio, con l'omologazione del piano di risanamento i creditori dell'impresa di assicurazione diventano per effetto di legge proprietari, ovvero azionisti. Di regola, anche in questo caso i nuovi azionisti possono esercitare i propri diritti di voto solo dopo essere stati iscritti nel libro delle azioni della rispettiva impresa di assicurazione. Questo permette all'impresa di assicurazione di fare un inventario del suo nuovo azionariato. Esiste tuttavia il rischio che nuovi azionisti con una partecipazione qualificata sfruttino la loro posizione a scapito dell'impresa di assicurazione o degli interessi degli assicurati. Per questa ragione è generalmente prevista una sospensione di tutti i diritti di voto che superano la soglia del 10 per

²⁹ CS 10 297; RU 1978 1836, 1992 288 2363, 1993 3211, 1995 1227

cento. Questi diritti possono essere esercitati solo dopo che la FINMA ha accertato l'irreprensibilità degli azionisti interessati.

Art. 52e Adeguamento dei contratti d'assicurazione

A seconda del tipo di contratto d'assicurazione, in alternativa a una riduzione dei crediti o a una conversione, può essere opportuno intervenire a livello degli assicurati direttamente nei contratti d'assicurazione, adeguandoli. Il diritto della FINMA di intervenire nel rapporto di diritto privato tra imprese di assicurazione e assicurati necessita di un'esplicita base legale. Ai sensi di questa norma, il piano di risanamento può prevedere l'ingerenza diretta nei diritti degli assicurati attraverso l'adeguamento del contenuto (quindi materiale) dei contratti d'assicurazione. L'adeguamento può riguardare, ad esempio, le condizioni del contratto, i premi (se non vincolati a una clausola di adeguamento dei premi), le partecipazioni alle eccedenze, i bonus o gli sconti concessi per assenza di sinistri, i diritti di scelta o le garanzie derivanti dall'assicurazione sulla vita. Il contratto può essere adeguato prima di un eventuale evento assicurato o anche dopo il verificarsi dello stesso, a condizione che non sia stato ancora liquidato. Un'ingerenza nei contratti d'assicurazione può avere conseguenze sia a livello di bilancio sia di altro genere: se ad esempio l'impresa di assicurazione assuntrice intende acquisire un portafoglio solo a condizione che vengano stralciate determinate prestazioni assegnate (p. es. eliminazione dei contributi ai costi di abbonamenti in palestra) ciò influisce sul bilancio; diversamente, in caso di stralcio di un diritto costitutivo (p. es. diritto di disdetta) derivante dal contratto d'assicurazione si ha, di regola, preminentemente un effetto su componenti diverse da quelle di bilancio.

Dalla prospettiva dell'assicurato, gli adeguamenti del contratto previsti nel presente articolo si collocano sostanzialmente al medesimo livello della riduzione dei crediti o della conversione e possono quindi essere eseguiti come alternativa. In tal caso, il piano di risanamento deve stabilire lo strumento più idoneo alla protezione degli assicurati. A causa della complessità legata a un adeguamento del contratto, bisognerebbe tuttavia ricorrere a questo strumento in maniera piuttosto prudente. Nei casi in cui una riduzione dei crediti realizza la medesima finalità o utilità, sarà questo lo strumento da preferire. È ipotizzabile ricorrere ad adeguamenti dei contratti in particolare quando si tratta di intervenire su elementi non conformi alla prassi consuetudinaria di mercato. Un adeguamento di contratti d'assicurazione può risultare tra l'altro opportuno quando permette di trasferire un portafoglio a un'altra impresa di assicurazione.

Capoverso 1

In caso di ingerenza nei diritti degli assicurati devono essere osservate le condizioni e l'ordine indicati nell'articolo 52d D-LSA. Si chiarisce così che lo strumento dell'adeguamento dei contratti concorre sostanzialmente con quelli della riduzione dei crediti e della conversione, precisando altresì che anche in questo caso si tiene conto del privilegio attribuito alle pretese derivanti da contratti d'assicurazione. Una simile disposizione concernente l'adeguamento dei contratti d'assicurazione sulla vita era già sancita nella precedente legge federale sulla garanzia degli obblighi derivanti da assicurazioni sulla vita (art. 29).

Il campo di applicazione di questo articolo si estende sia al risanamento all'interno di un'impresa di assicurazione sia al trasferimento del portafoglio a un'altra impresa di assicurazione o a una società subentrante.

La competenza della FINMA ai sensi di questo capoverso deve includere anche la facoltà di intervenire nei contratti qualora il risanamento fosse riconducibile a eventi bellici o atti terroristici. Viene così sostituita la cosiddetta «clausola di guerra» che accordava all'allora Ufficio federale delle assicurazioni private la competenza di adeguare contratti. Il diritto attualmente in vigore non prevede per il momento una norma simile.

Capoverso 2

In caso di ingerenza nei diritti degli assicurati vige di norma il principio di parità di trattamento dei creditori. In virtù di tale principio, un'ingerenza nei diritti degli assicurati, che include anche un adeguamento dei contratti, deve essere sostanzialmente identica per tutti gli assicurati che condividono il medesimo privilegio nell'ordine previsto nell'articolo 52d D-LSA.

Il capoverso 2 ammette una deroga a questo principio di parità di trattamento. Con la presente disposizione si tiene conto della prevalenza dell'interesse collettivo (interesse generale degli assicurati). In ossequio a questo principio è ammessa una certa disparità di trattamento degli assicurati nel risanamento. Talvolta è infatti possibile ottenere un effetto di risanamento maggiore attraverso un adeguamento proporzionalmente esiguo di una determinata categoria di contratti che non attraverso un adeguamento generalizzato e uniforme di tutte le categorie di contratto. Segnatamente, i diritti di scelta o le garanzie derivanti da un'assicurazione sulla vita possono ad esempio essere relativamente trascurabili per il singolo assicurato ma lo stralcio di tali diritti potrebbe sortire un importante effetto di risanamento. Anche un adeguamento dei contratti all'interno di un effettivo di assicurati potrebbe in talune circostanze non coinvolgere tutti gli assicurati, in quanto non tutti potrebbero avere nel loro contratto il passaggio interessato dalla modifica. In questo caso può essere opportuno stralciare il passaggio per tutti gli interessati senza alcuna ingerenza nei contratti degli altri assicurati. Il limite è dettato dal principio della parità di trattamento dei creditori. Gli assicurati che si trovano nella medesima situazione devono ricevere lo stesso trattamento in virtù della loro uguaglianza (p. es. assicurati con contratti identici). Nonostante la prevalenza dell'interesse collettivo, bisogna sempre considerare i diritti dei singoli. Quindi anche in caso di disparità di trattamento nessun assicurato deve risultare oggettivamente più penalizzato dalle misure di risanamento che dal fallimento dell'assicurazione (cfr. anche art. 52j cpv. 1 lett. c D-LSA). Ciò significa che anche in caso di disparità di trattamento, il soggetto più penalizzato dal risanamento deve comunque trovarsi in una condizione migliore di quella che avrebbe subito in caso di fallimento dell'assicurazione. Allo stesso modo, per effetto del principio di proporzionalità, un'ingerenza nei contratti deve limitarsi al risanamento dei portafogli interessati e quindi al ripristino dell'equilibrio finanziario.

Va osservato che questo capoverso, con la possibilità di disparità di trattamento, vale solo per i contratti d'assicurazione che prescrivono un patrimonio vincolato secondo l'articolo 17, ovvero non si applica alle riassicurazioni (cfr. art. 35 D-LSA), ai

contratti con controparti professionali (cfr. art. 30a D-LSA) e all'assicurazione all'interno del gruppo (cfr. art. 30d D-LSA). Tuttavia, anche in questi casi è possibile operare un adeguamento dei contratti senza disparità di trattamento nei confronti di tutti gli assicurati.

Capoverso 3

Una disparità di trattamento degli assicurati all'interno della stessa posizione di privilegio è giustificata solo in circostanze particolari. Nello specifico, l'interesse generale degli assicurati secondo il capoverso 2 (cfr. sopra) è dato solo quando l'adeguamento differenziato dei contratti d'assicurazione fornisce un contributo al risanamento proporzionalmente maggiore della parità di trattamento di tutti gli assicurati o quando consente solo in questo modo il risanamento dell'impresa di assicurazione.

Art. 52f Diritti degli assicurati in caso di conversione di capitale di terzi in capitale proprio, di riduzione dei crediti e di adeguamento dei contratti d'assicurazione

Capoversi 1 e 2

Le misure previste nei confronti degli assicurati nel quadro degli articoli 52d e 52e D-LSA costituiscono una notevole ingerenza nei loro diritti. L'articolo 52f D-LSA intende normare queste ingerenze attraverso diritti supplementari degli assicurati. I capoversi 1 e 2 statuiscono un diritto di disdetta straordinario a favore degli assicurati, che riprende quello sancito nell'articolo 62 capoverso 3.

Tuttavia, è possibile che il diritto di disdetta venga esercitato da un numero così significativo di assicurati, tale da mettere l'impresa di assicurazione in difficoltà finanziarie (p. es. per il profilarsi di un rischio di scarsa liquidità). In una siffatta situazione di eccezionalità, la FINMA potrebbe ordinare misure di protezione di accompagnamento, come ad esempio una moratoria o la proroga dei pagamenti, al fine di stabilizzare la situazione.

Capoverso 3

Se nel quadro del risanamento il portafoglio viene trasferito integralmente o in parte a un altro soggetto giuridico, con contestuale ingerenza nei diritti degli assicurati, questi ultimi possono far valere nei confronti dell'impresa di assicurazione da risanare un risarcimento di pari grado equivalente alla perdita finanziaria subita. Questa disposizione permette di evitare che gli assicurati interessati da un trasferimento del portafoglio con conseguenti perdite finanziarie risultino penalizzati rispetto agli altri creditori.

Art. 52g Differimento della disdetta di contratti

Questa disposizione è conforme all'articolo 30a LBCR. Il suo scopo è accordare alla FINMA la possibilità di adottare misure ai sensi della sezione 2 (misure di protezione, misure in caso di pericolo di insolvenza e liquidazione) senza che queste misure possano far insorgere diritti contrattuali di disdetta o diritti di cui all'articolo 52f D-LSA. In questo modo si assicura la continuità ininterrotta delle relazioni contrat-

tuali anche in una situazione di stress. L'articolo 52h D-LSA disciplina il caso speciale concernente il differimento della disdetta di contratti di riassicurazione.

Capoverso 1

Un differimento della disdetta di contratti è di regola sempre consentito quando la FINMA ordina o approva una o più misure conformemente alla sezione 2 (misure di protezione, misure in caso di pericolo di insolvenza e liquidazione). Si garantisce così che la disposizione includa segnatamente i casi in cui viene ordinata una conversione di capitale di terzi in capitale proprio o una riduzione dei crediti. Come nel diritto bancario è altresì previsto che il differimento possa riguardare non solo contratti finanziari bensì contratti di ogni tipo. Pertanto, oltre ai contratti d'assicurazione, la possibilità di differimento potrà interessare in particolare anche le relazioni contrattuali che regolamentano la fornitura di servizi (p. es. relativamente all'infrastruttura informatica dell'impresa di assicurazione) e che sono indispensabili per il suo esercizio operativo, oppure le relazioni contrattuali aventi quale oggetto un rapporto di locazione o di leasing. Infine, un differimento riguarda non solo i diritti di disdetta bensì, come previsto nella lettera b, anche i diritti di compensazione, valorizzazione e trasferimento secondo l'articolo 51b. Lo stesso vale per una disdetta automatica dei contratti. Ciò è precisato dalla formulazione della lettera a.

Capoverso 2

Il capoverso 2 precisa che il differimento può essere disposto per tutti i contratti che vincolano la disdetta o l'esercizio di un diritto secondo il capoverso 1 alla disposizione o all'approvazione di misure secondo la sezione 2 (misure di protezione, misure in caso di pericolo di insolvenza e liquidazione). Si intendono quindi, in primo luogo, contratti che prevedono quale motivo di disdetta una misura di un'autorità. A questi si aggiungono i contratti per i quali una disdetta o il diritto di disdetta sono legati alla misura stessa. In questo modo possono essere rilevati anche i casi in cui possono essere imposti a un'impresa di assicurazione obblighi contrattuali particolari (p. es. fornire garanzie più elevate) in ragione della misura adottata.

La possibilità di differimento è prevista anche per contratti la cui disdetta non è direttamente vincolata a una misura disposta dalla FINMA ma ne deriva indirettamente. Possono inoltre essere interessati da un differimento i contratti nei quali l'impresa di assicurazione non figura come parte contraente bensì, ad esempio, come garante o «specified entity» designata nel contratto. Infatti, il differimento è possibile già se il contratto vincola la disdetta alla misura ordinata dalla FINMA. Il differimento può quindi interessare anche contratti tra terzi che hanno una relazione con l'impresa di assicurazione nei confronti della quale sono state ordinate misure. Si neutralizza così in particolare la problematica delle cosiddette clausole di «cross default» che, tra le altre cose, possono prevedere la possibilità di disdire un contratto con una filiale qualora venissero ordinate misure di insolvenza nei confronti della società madre. Pertanto, un differimento può essere disposto a prescindere dal fatto che l'impresa di assicurazione interessata dalle misure sia parte contraente, garante o un soggetto rilevante per il motivo di disdetta.

Capoverso 3

La durata del differimento non può essere superiore a due giorni lavorativi, anche se dovessero persistere i motivi per un differimento. Per il calcolo di questo termine

non si tiene conto dei sabati, delle domeniche e dei giorni ufficialmente riconosciuti come festivi dalla sede dell'impresa di assicurazione. Se, ad esempio, l'inizio del differimento fosse fissato di giovedì alle ore 12.00, la fine del differimento può essere fissata al lunedì successivo alle ore 12.00. Il differimento può essere avviato anche di sabato, domenica e nei giorni festivi.

Capoverso 4

Il capoverso 4 descrive le condizioni alle quali il differimento è escluso ed eventualmente decade. Ciò accade segnatamente quando il motivo che porta alla disdetta o all'esercizio del diritto secondo il capoverso 1 non è correlato alle misure secondo la sezione 2 (misure di protezione, misure in caso di pericolo di insolvenza e liquidazione). A questo proposito va osservato che, secondo il capoverso 2, le esigenze dell'impresa di assicurazione interessata scaturite dall'adozione di misure sono da considerarsi come le esigenze correlate a tali misure.

Capoverso 5

Se, alla fine del differimento, l'impresa di assicurazione rispetta le condizioni di autorizzazione e le altre disposizioni legali, il capoverso 5 precisa che i diritti differiti non possono più essere esercitati e il contratto rimane in vigore. Come nel diritto bancario, la FINMA dispone di un margine di valutazione per accertare se questa condizione è rispettata o no. Non si tiene conto di eventuali prescrizioni estere. Le condizioni dovrebbero essere soddisfatte in particolare se viene meno il motivo dal quale sono scaturite le misure. Qualora, dopo la fine del differimento, le condizioni definite nel capoverso 5 non fossero soddisfatte, nel caso dei diritti di disdetta i contratti possono essere disdetti tenendo conto dei diritti contrattuali. Occorre osservare che, in questo caso, il differimento duraturo si riferisce unicamente a quei diritti di disdetta che non è stato possibile esercitare a causa del differimento. Eventuali nuovi diritti di disdetta sorti in un secondo tempo ed esclusi dal differimento possono essere esercitati in qualsiasi momento.

Art. 52h Differimento della disdetta di contratti di riassicurazione

I contratti di riassicurazione rappresentano una possibilità di copertura cruciale per un assicuratore diretto. Proprio in caso di risanamento, infatti, è di sostanziale importanza la continuazione della riassicurazione. La perdita della riassicurazione può pregiudicare il buon esito del risanamento dell'assicuratore diretto, segnatamente perché l'impresa di assicurazione diretta che versa in condizioni finanziarie critiche incontrerebbe molte difficoltà nel reperire una nuova copertura riassicurativa. Pertanto, il nuovo articolo 52h prevede che la FINMA possa disporre un differimento per la disdetta dei contratti di riassicurazione o per l'esercizio dei diritti di disdetta degli stessi. Ciò vale anche in caso di trasferimento del portafoglio. Il differimento per i contratti di riassicurazione necessita di un disciplinamento separato rispetto a quello dell'articolo 52g D-LSA soprattutto per dare all'impresa di assicurazione da risanare la possibilità, e quindi la certezza giuridica, di sostituire o mantenere la copertura riassicurativa del proprio portafoglio sul mercato.

In questo senso, la FINMA deve anche avere la facoltà di disporre il differimento della disdetta dei contratti di riassicurazione per un massimo di quattro mesi (a differenza dei due giorni secondo l'art. 52g D-LSA). In questo arco di tempo,

l'impresa di assicurazione può cercare una nuova copertura riassicurativa per il portafoglio interessato.

L'ingerenza va a scapito dell'impresa di riassicurazione interessata, che per un periodo massimo di quattro mesi non può recedere dal contratto in questione. Per tutelare gli interessi dell'impresa di riassicurazione, durante questo periodo la FINMA può accordare alla stessa diritti di consultazione supplementari in relazione all'impresa di assicurazione diretta.

Art. 52i Effetto del risanamento di un'impresa di assicurazione diretta sul contratto di riassicurazione

Il nuovo articolo 52i stabilisce che, in caso di risanamento, i crediti derivanti dal contratto di riassicurazione che l'assicuratore diretto fa valere nei confronti del riassicuratore restano inviolati. L'impresa di riassicurazione continua quindi a erogare le proprie prestazioni come da condizioni contrattuali, anche se i crediti degli assicurati nei confronti dell'assicuratore diretto sono stati ridotti per effetto di una delle misure di cui all'articolo 52e D-LSA. In questo modo si impedisce che sia l'impresa di riassicurazione a beneficiare della misura di risanamento anziché l'assicuratore diretto interessato. In casi limite, questo può però significare che per un sinistro l'assicuratore diretto ottenga dal riassicuratore più di quanto debba versare all'assicurato. Pertanto, anche in caso di risanamento, l'impresa di riassicurazione deve poter contare, come nell'evasione ordinaria del contratto, su una liquidazione diligente del sinistro. A maggior ragione in caso di risanamento, poiché aumenta il rischio che l'assicuratore diretto si arricchisca, attraverso una liquidazione generosa del sinistro, a scapito del riassicuratore. L'impresa di riassicurazione deve quindi essere adeguatamente coinvolta nella liquidazione del sinistro. Per questo, anche durante il risanamento il riassicuratore dispone di diritti di verifica nei confronti dell'assicuratore diretto, ordinariamente disciplinati nel contratto di riassicurazione; non è quindi necessario che questi diritti siano sanciti nella legge, tanto più che potrebbero essere concessi anche dalla FINMA secondo l'articolo 52h capoverso 4 D-LSA. Inoltre, l'incaricato del risanamento è tenuto a garantire con adeguate misure organizzative (principio del doppio controllo, controlli a campione ecc.) l'applicazione della dovuta diligenza anche nella liquidazione dei sinistri. Anche la FINMA deve provvedere a un corretto adempimento dei compiti quando nomina l'incaricato del risanamento e vigila su di esso.

Art. 52j Omologazione del piano di risanamento

Questa disposizione si conforma all'articolo 31 LBCR. Come nella LBCR, anche nella LSA la FINMA è tenuta a omologare il piano di risanamento indipendentemente da un'ingerenza nei diritti e negli obblighi dei creditori e dei proprietari e a renderne noti i punti essenziali. L'accordo del proprietario dell'impresa di assicurazione non è necessario (cfr. cpv. 2). Contestualmente alla pubblicazione del piano di risanamento, la FINMA fornisce anche informazioni sulle modalità con cui i creditori e i proprietari interessati possono consultare il piano (cpv. 3). Le condizioni che devono essere soddisfatte per l'omologazione non sono elencate in maniera esaustiva. Come prima cosa, il piano di risanamento deve soddisfare i requisiti di legge di

cui all'articolo 52*b*. Altre condizioni che devono essere rispettate perché il piano di risanamento possa essere omologato sono segnatamente (1) che i creditori non siano posti in una posizione peggiore rispetto alla dichiarazione immediata del fallimento dell'impresa di assicurazione, (2) che si tenga conto dell'ordine di priorità che il diritto fallimentare prevede per i creditori sia gli uni rispetto agli altri che rispetto ai proprietari, nonché (3) che si tenga adeguatamente conto dei legami giuridici o economici tra gli attivi, i passivi e le relazioni contrattuali.

La valutazione di attivi e passivi non richiede necessariamente una verifica da parte di un revisore abilitato ai sensi dell'articolo 725 capoverso 2 CO. Se gli attivi e i passivi costituiscono una parte dell'impresa di assicurazione che deve essere mantenuta, bisogna basarsi sui valori in prospettiva di continuazione dell'attività. La valutazione degli attivi e dei passivi nonché la stima della necessità di risanamento devono essere eseguite secondo il principio di prudenza, il che corrisponde all'articolo 31 capoverso 1 lettera a LBCR o all'articolo 30*c* capoverso 1 lettera a D-LBCR. La valutazione deve tenere conto in particolare delle perdite future attese, senza eventualmente tralasciare però le peculiarità derivanti dal diritto in materia di sorveglianza delle assicurazioni.

La lettera c del capoverso 1 sancisce il principio «no creditor worse off than in liquidation». La sua attuazione presuppone che si metta a confronto il potenziale dividendo del fallimento con il valore della partecipazione (e di eventuali altre prestazioni) in caso di risanamento. Nel confrontare questi valori, la FINMA ha un notevole margine discrezionale, ma deve tenere conto delle peculiarità delle relative coperture assicurative. Può accadere ad esempio che gli assicurati abbiano un interesse, difficilmente quantificabile, a continuare il contratto d'assicurazione. Ne è un esempio la copertura nel ramo dell'assicurazione malattie complementare: in talune circostanze, a causa dell'età o di limitazioni di salute preesistenti, alcuni assicurati potrebbero non essere più in grado di ottenere una copertura assicurativa equivalente presso un'altra assicurazione qualora venisse risolto il loro contratto esistente. Per questa ragione, nel calcolo comparativo si possono considerare non solo gli interessi finanziari quantificabili ma anche gli altri interessi degli assicurati.

Un'altra possibile difficoltà nel calcolo comparativo è sapere se gli assicurati attribuiscono più valore a una prestazione in capitale o a una rendita. La risposta può dipendere dalla situazione specifica del singolo assicurato e da altri fattori, come l'evoluzione futura della congiuntura. È impossibile dare una risposta univoca. Deve quindi essere anche ammesso escludere dal calcolo comparativo i futuri sviluppi imprevedibili.

Per quanto riguarda la connessione tra attivi, passivi e relazioni contrattuali bisogna fare in modo che il piano di risanamento tenga conto della relazione che spesso esiste nelle imprese di assicurazione entro determinati attivi e determinati passivi (p. es. gestione consapevole delle attività-passività, contratti di copertura stipulati per mitigare determinati rischi). Un piano di risanamento ragionato considera tali interdipendenze e prevede soluzioni armonizzate per le connessioni tra attivi, passivi o relazioni contrattuali.

Art. 52k Rifiuto del piano di risanamento

A causa della possibile notevole ingerenza nei diritti dei creditori, ad esempio tramite riduzione, moratoria o conversione dei loro crediti, non è possibile imporre loro semplicemente un risanamento. Se le misure di risanamento interferiscono direttamente nei loro diritti, secondo il capoverso 1 la FINMA deve impartire ai creditori, al più tardi all'atto dell'omologazione, un termine per il rifiuto del piano di risanamento.

La FINMA è tenuta a coinvolgere quanto prima i creditori interessati. Tuttavia, non sempre è possibile informarli prima dell'omologazione, in quanto un'informazione anticipata sulle possibili misure, non ancora divenute definitive, può alimentare ulteriore incertezza. Solo l'omologazione del piano di risanamento potrebbe portare l'auspicata normalizzazione. Se è comunicata solo al momento dell'omologazione, l'informazione è subordinata al possibile rifiuto da parte dei creditori.

Se la metà dei creditori conosciuti rifiuta il piano di risanamento, la FINMA ordina il fallimento dell'impresa di assicurazione conformemente alle disposizioni della sezione 2b. Hanno diritto a rifiutare il piano di risanamento non solo gli assicurati ma tutti i creditori dell'impresa di assicurazione.

Art. 52l Effetto giuridico del piano di risanamento

La presente regolamentazione permette di escludere eventuali incertezze del diritto riguardo al momento a partire dal quale il piano di risanamento produce il suo effetto giuridico. Il capoverso 1 dispone che il piano di risanamento esplica immediatamente il suo effetto giuridico nel momento in cui scade infruttuosamente il termine concesso per il rifiuto secondo l'articolo 52k capoverso 1. Questa disposizione si conforma a quanto disciplinato nella procedura di ricorso, la quale prevede che un ricorso secondo l'articolo 54d non ha alcun effetto sulla validità giuridica del piano di risanamento. Ne consegue che l'immediata validità giuridica escluda eventuali prescrizioni formali. Ai fini di una maggiore chiarezza, il capoverso 2 afferma esplicitamente che l'effetto giuridico immediato prevale anche sulle norme generali concernenti l'iscrizione nel registro fondiario o nel registro di commercio (cfr. cpv. 2).

Art. 52m Esercizio di pretese*Capoversi 1 e 2*

L'articolo 52m si rifà al vigente articolo 32 LBCR. Anche nella LSA deve essere consentito l'esercizio di pretese revocatorie durante una procedura finalizzata alla continuazione della società. Di conseguenza, le azioni pauliane dell'impresa di assicurazione secondo gli articoli 285–292 LEF devono essere ammesse già nella procedura di risanamento, una volta che il piano di risanamento è stato omologato, e non solo al momento di una liquidazione (che potrebbe anche non verificarsi affatto) (cfr. cpv. 1). Ai creditori deve essere accordata la possibilità di promuovere azioni pauliane solo se un piano di risanamento che attenta ai loro diritti non prevede il diritto, per l'impresa di assicurazione, di domandare la revocazione di negozi giuridici o se quest'ultima non si avvale di questo diritto (cfr. cpv. 2). Ciascun creditore

può inoltre fare valere pretese solo nella misura in cui il piano di risanamento attenti ai suoi diritti (non vi è quindi alcuna cessione di diritti ai sensi dell'art. 260 cpv. 1 LEF). In linea di principio, il diritto di domandare la revocazione riguarda anche le pretese avanzate durante la procedura di risanamento. Poiché però il risanamento è sottoposto alla vigilanza della FINMA, è raro che a fronte di queste pretese possano effettivamente sussistere motivi per domandare la revocazione.

Alla critica sollevata in dottrina in merito a questa disparità di trattamento che l'articolo 32 LBCR crea rispetto alla procedura di risanamento di diritto ordinario conviene replicare che per un creditore interessato da una limitazione dei propri diritti è proprio questo ridimensionamento a essere rilevante e non la questione se la società continuerà a esistere al termine della procedura. Per un creditore non osta neppure il fatto che sia proprio l'impresa di assicurazione da risanare ad avere concluso con il beneficiario il negozio giuridico revocabile e quindi a revocare l'atto da essa provocato, poiché di regola la FINMA nomina un incaricato del risanamento che procede alla revocazione (sempre che comunque un creditore non abbia diritto di domandare la revocazione come previsto dal cpv. 2).

Capoverso 3

Il piano di risanamento deve essere immediatamente attuato e gli eventuali nuovi soggetti giuridici devono potere esercitare immediatamente le loro funzioni. Questo non è possibile finché gli atti giuridici effettuati in esecuzione di un piano di risanamento, quale segnatamente il trasferimento di valori patrimoniali, possono essere revocati con azioni pauliane ai sensi degli articoli 285 e seguenti LEF. Queste azioni devono quindi essere escluse e i soggetti eventualmente penalizzati nei loro diritti rinviati alla possibilità di compensazione di cui all'articolo 52c capoverso 3 D-LSA nonché alla via del ricorso di cui all'articolo 54d D-LSA.

Capoverso 4

Gli articoli 286–288 LEF ammettono la revocazione di atti giuridici che si sono verificati in un determinato periodo prima del pignoramento o della dichiarazione di fallimento. Poiché in caso di risanamento di un'impresa di assicurazione – come nel caso di una banca – non si giunge né a un pignoramento né alla dichiarazione di fallimento, occorre invece fare riferimento al momento dell'omologazione del piano di risanamento da parte della FINMA (cfr. cpv. 4). Se, tuttavia, la FINMA dovesse già aver precedentemente deciso una misura di protezione secondo l'articolo 51 capoverso 2 lettere a, b, d, e ed i, fa stato il momento dell'emanazione di questa decisione.

Capoverso 6

Per l'esercizio di pretese fondate sulla responsabilità si rinvia, in difetto di una norma di riferimento analoga all'articolo 39 LBCR, direttamente alle disposizioni sulla responsabilità del diritto della società anonima (art. 752–760 CO).

Sezione 2b: Fallimento dell'assicurazione

Art. 53 Dichiarazione di fallimento

Questa disposizione deve essere adeguata in seguito alla nuova regolamentazione del risanamento, senza tuttavia alterarne materialmente il contenuto. Si riprende qui l'articolo 33 LBCR. La fattispecie nell'articolo 53 capoverso 1 attualmente in vigore disciplina ciò che il D-LSA sancisce nell'articolo 51a (affinché possa essere dichiarato il fallimento, deve sussistere il timore fondato che l'impresa di assicurazione presenta un indebitamento eccessivo o problemi di liquidità). Per questo motivo è sufficiente che il nuovo capoverso 1 rimandi all'articolo 51a capoverso 1. Il capoverso 2 diventa così superfluo dopo il nuovo disciplinamento dell'articolo 51a.

Art. 54 cpv. 2 e 3

I capoversi 2 e 3 sono stati accorpati e il loro contenuto è ora unificato nel capoverso 2; contestualmente, per ragioni di chiarezza, l'ambiguo e poco chiaro termine «disposizione» presente nel vigente capoverso 3 viene eliminato. Non viene apportata nessuna modifica materiale. Con il nuovo capoverso 3, la FINMA è autorizzata a disciplinare i particolari della procedura.

Art. 54a Crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione

Il capoverso 1 accorda un privilegio generale agli assicurati nella gerarchia dei creditori secondo la LEF. In deroga alla LEF, questo capoverso sancisce che, nel fallimento, i crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione sono generalmente assegnati alla seconda classe, ma vengono soddisfatti dalla massa fallimentare solo dopo tutti gli altri crediti della seconda classe. Occorre evidenziare che i crediti garantiti dal patrimonio vincolato ai sensi dell'articolo 17 restano particolarmente privilegiati e sono soddisfatti in via prioritaria, ancora prima di considerare l'ordine dei creditori (cfr. il vigente art. 54a cpv. 2 o il nuovo art. 54a^{bis}).

Inoltre, la terminologia usata nel capoverso 1 deve essere uniformata ai fini di una maggiore chiarezza. La nuova formulazione «crediti degli assicurati derivanti da contratti di assicurazione» permette di precisare che sono solo gli assicurati, e non la controparte (partner contrattuale), a essere privilegiati e che il privilegio è limitato a crediti derivanti da un contratto d'assicurazione.

Art. 54a^{bis} Patrimonio vincolato

Capoverso 1

Il capoverso 1 viene ripreso dall'attuale articolo 54a capoverso 2 e adeguato nel senso che ora le eventuali eccedenze da un patrimonio vincolato sono dapprima ripartite proporzionalmente tra agli altri patrimoni vincolati dell'impresa di assicurazione e confluiscono nella massa fallimentare generale solo dopo che tutti i crediti garantiti da patrimoni vincolati saranno stati coperti.

Capoverso 2

Il liquidatore del fallimento ha la facoltà di soddisfare singolarmente i crediti degli assicurati garantiti da un patrimonio vincolato, prima del passaggio in giudicato della graduatoria. Questa competenza, finora disciplinata nell'articolo 35 capoverso 2 OFA-FINMA, viene ora recepita in forma modificata a livello di legge. Accordando questa facoltà al liquidatore del fallimento si imprime un'effettiva accelerazione al versamento, in quanto non è più necessario attendere il passaggio in giudicato della graduatoria. Il versamento potrebbe altrimenti restare bloccato per anni. Al versamento sono tuttavia posti dei limiti nel senso che tutti gli assicurati sono soggetti alla parità di trattamento finanziario e, al termine della procedura, dovranno percepire una quota proporzionalmente uguale del dividendo del fallimento (lett. a). Ciò presuppone che il liquidatore del fallimento effettui una stima dell'importo totale dei crediti e comporta altresì che le prestazioni assicurative non possano essere erogate integralmente in via anticipata ma solo a una determinata percentuale (in modo da garantire la parità di trattamento finanziario anche nello scenario peggiore). Non esiste invece alcun obbligo a soddisfare tutti gli assicurati contemporaneamente. La premessa per il versamento, quindi, è che il liquidatore del fallimento, dopo un esame provvisorio dei crediti, ritenga giustificato inserire l'importo da versare nella graduatoria (lett. b). In questo modo si garantisce che vengano soddisfatti solo i crediti (o i crediti parziali) esaminati dal liquidatore del fallimento e da lui ritenuti giustificati.

Capoverso 3

Il liquidatore del fallimento deve chiedere al beneficiario la restituzione dei pagamenti effettuati indebitamente. Se viene accertato che ha agito contrariamente ai propri obblighi intenzionalmente o per negligenza grave, il liquidatore del fallimento è responsabile dei danni cagionati alla massa fallimentare dal pagamento già effettuato.

Art. 54b *Assemblea dei creditori e comitato dei creditori*

Le modifiche riguardano solo i testi in francese e tedesco e sono di natura puramente linguistica.

Art. 54bbis *Impegni assunti con le misure di protezione o nella procedura di risanamento*

Questa disposizione è conforme alla norma dell'articolo 37 LBCR. Essa afferma che gli impegni che l'impresa di assicurazione ha legittimamente assunto, con l'approvazione della FINMA o di un incaricato dell'inchiesta o del risanamento da essa designato, per la durata delle misure ordinate dalla FINMA o durante una procedura di risanamento vengono soddisfatti, in caso di fallimento dell'assicurazione, prima di tutti gli altri. Così facendo, questi crediti vengono equiparati agli impegni contratti dalla massa del fallimento. Il privilegio agevola la continuazione della società nella procedura di risanamento. Se non venisse statuito un privilegio corrispondente, l'impresa di assicurazione da risanare rischierebbe di non trovare più partner contrattuali a causa del rischio di insolvenza e ciò ne pregiudicherebbe il risanamento.

*Sezione 2c: Procedura**Art. 54d* Ricorsi contro l'omologazione del piano di risanamento

Con il ricorso contro l'omologazione del piano di risanamento non si potrà richiedere né l'annullamento né l'adeguamento del piano di risanamento e quindi neanche il ripristino di attivi, passivi e relazioni contrattuali.

Ricalcando la disposizione contenuta nella legge sulle banche, si vuole garantire la possibilità di eseguire un risanamento integrale e tempestivo, che è nell'interesse di tutti i soggetti interessati. Occorre in ogni caso evitare ostacoli al risanamento derivanti da processi interminabili su singole questioni. Gli interessi pecuniari dei creditori o dei proprietari devono poter essere soddisfatti esclusivamente con un'indennità. Può essere legittimata a presentare ricorso anche la stessa impresa di assicurazione, in qualità di ricorrente. Questo disciplinamento scaturisce dalla considerazione che per i soggetti interessati un fallimento avrebbe nel complesso maggiori svantaggi di un risanamento, in quanto quest'ultimo può essere disposto soltanto se sono adempiuti i requisiti di cui all'articolo 52j D-LSA.

Utilizzando direttamente il nuovo capitale per il pagamento delle indennità, l'impresa d'assicurazione risanata potrebbe non riuscire a continuare la propria attività. L'eventuale indennità deve quindi di regola essere accordata sotto forma di azioni, altri diritti di partecipazione, opzioni o buoni di recupero. Sono possibili indennità anche in denaro, ma solo in via eccezionale e per importi relativamente bassi. Per assicurarsi che l'impresa d'assicurazione abbia abbastanza fondi in vista del versamento di un'indennità, già nell'ambito del piano di risanamento si possono compiere degli atti preparatori. Ad esempio, una parte delle nuove azioni potrebbe essere trattenuta e non essere (ancora) distribuita ai creditori interessati. Le azioni diverrebbero di proprietà dell'impresa di assicurazione (azioni proprie). In tal modo i creditori interessati riceverebbero lo stesso valore come se fossero assegnate loro tutte le azioni in sospeso. Se successivamente il giudice ordinasse un'indennità, tali azioni trattenute potrebbero essere attribuite ai ricorrenti che hanno vinto la causa.

Art. 54e Ricorsi di creditori e proprietari in caso di misure di insolvenza

Nella versione vigente, l'articolo 54e disciplina i diritti di ricorso unicamente con riferimento alla procedura di fallimento. In seguito all'introduzione di una regolamentazione completa in materia di insolvenza nella LSA, il suo campo di applicazione deve essere esteso in analogia con l'articolo 24 LBCR; in questo modo l'articolo riceve anche una nuova numerazione. Le misure di protezione di cui all'articolo 51 ricadono nel campo di applicazione della presente disposizione solo se vengono ordinati nel quadro di una procedura di insolvenza secondo l'articolo 51a capoverso 1. Conseguentemente, viene modificata anche la rubrica. La disposizione era già stata adeguata con l'adozione della LIsFi e ora viene estesa alle nuove disposizioni procedurali del diritto in materia di risanamento e fallimento.

Secondo il capoverso 1, i creditori e i proprietari di un'impresa di assicurazione (o di una società del gruppo o del conglomerato importante) vantano – come nell'insolvenza bancaria (cfr. art 24 cpv. 2 LBCR) – un diritto di ricorso unicamente contro l'omologazione del piano di risanamento (cfr. art. 52j D-LSA), contro atti di realiz-

zazione nonché contro l'approvazione dello stato di ripartizione e del conto finale (cfr. art. 54c nella versione della LIsFi).

Nel capoverso 2 viene precisato l'oggetto del ricorso contro l'atto di realizzazione ai sensi del capoverso 1 lettera b. Questo per il fatto che nell'ambito della procedura di fallimento di un'impresa di assicurazione al liquidatore non deve essere conferita alcuna competenza decisionale. Di conseguenza, gli atti di realizzazione del liquidatore del fallimento (diversamente dall'omologazione del piano di risanamento e dall'approvazione dello stato di ripartizione o del conto finale da parte della FINMA) non possono essere considerati decisioni ai sensi della legge federale del 20 dicembre 1968³⁰ sulla procedura amministrativa (PA) in quanto non costituiscono, modificano o annullano alcun diritto od obbligo né altrimenti integrano alcuna fattispecie di cui all'articolo 5 PA. Piuttosto si tratta di atti materiali ai sensi dell'articolo 25a PA, ossia di atti che si fondano sul diritto pubblico federale e che tangono diritti o obblighi. Chiunque abbia un interesse degno di protezione, con questi atti materiali può esigere che l'autorità competente per l'atto prenda una decisione e in particolare che con essa accerti od ometta un atto illecito. Il capoverso 2 ricalca questa disposizione e conferisce alla persona interessata da un atto di realizzazione il diritto di esigere una decisione dalla FINMA. Poiché di norma il liquidatore di un fallimento usa preannunciare un atto di realizzazione, la persona interessata può chiedere una decisione finalizzata ad accertarne l'illiceità. Conformemente all'articolo 25a PA, nella sua decisione la FINMA verificherà l'illiceità ma non l'appropriatezza dell'atto di realizzazione.

Art. 54f Termini

A fini di chiarezza, la disposizione definisce i termini da rispettare nelle diverse procedure di ricorso e la relativa data di decorrenza.

Art. 54g Effetto sospensivo

Questa norma, che si conforma all'attuale base giuridica del diritto fallimentare (art. 54e cpv. 3 nella versione della LIsFi), viene estesa alle nuove misure di protezione disciplinate in caso di insolvenza e alla procedura di risanamento.

Se vi sono fondati timori che un'impresa di assicurazione presenti un'eccedenza di debiti o seri problemi di liquidità e se la FINMA ordina misure di protezione, una procedura di risanamento o il fallimento dell'assicurazione ai sensi dell'articolo 51a capoverso 1, di regola viene revocato l'effetto sospensivo di eventuali ricorsi. Il giudice dell'istruzione può accordare l'effetto sospensivo su richiesta, tuttavia ciò non è possibile in particolare per i ricorsi interposti contro l'omologazione del piano di risanamento.

Art. 54h Fondo nazionale di garanzia

Sebbene il Fondo nazionale di garanzia non vanti diritti di credito diretti nei confronti dell'impresa di assicurazione da risanare o fallita, il suo obbligo di pagamento

dipende direttamente dall'esito della procedura di insolvenza. Per questo motivo, al Fondo nazionale di garanzia devono essere conferiti i diritti di creditore nella misura in cui dall'insolvenza di un'impresa di assicurazione scaturiscano a suo carico dei compiti secondo l'articolo 76 capoverso 2 lettera b LCStr.

Art. 54i Riconoscimento di decreti di fallimento e di misure esteri

Per quanto riguarda il riconoscimento di decreti di fallimento e di misure di insolvenza esteri nonché il coordinamento con le misure di insolvenza estere, il diritto vigente (art. 54d) rinvia all'applicazione analoga degli articoli 37f e 37g LBCR. La normativa proposta negli articoli 54h e 54i D-LSA migliora la trasparenza e regola in maniera autonoma il riconoscimento di decreti di fallimento e di misure di insolvenza rinunciando al rinvio alla LBCR.

L'articolo 54i D-LSA riprende le norme sul riconoscimento di decreti e di misure esteri sancite finora come rinvio all'articolo 37g LBCR senza apportare alcuna modifica materiale rispetto all'attuale contenuto normativo. L'unica eccezione riguarda il capoverso 2 lettera a. Il trattamento equivalente all'estero viene ora esteso, oltre ai crediti garantiti da pegno e ai crediti privilegiati ai sensi dell'articolo 219 LEF di creditori domiciliati in Svizzera, anche ai crediti derivanti da contratti d'assicurazione per i quali è prestata una garanzia ai sensi dell'articolo 17. Il nuovo disciplinamento autonomo nella LSA consente di recepire esplicitamente nella legge la posizione di privilegio del patrimonio vincolato anche nell'ambito del riconoscimento di decreti e di misure esteri e colma così una lacuna esistente.

Art. 54j Coordinamento con le procedure estere

Questo articolo è stato inserito in sostituzione del rinvio all'articolo 37f LBCR. Riprende sostanzialmente l'articolo 37f LBCR, senza alcuna modifica materiale.

Sezione 3 (titolo, art. 55 e 56)

Gli articoli 55 e 56 sono superati a seguito del nuovo disciplinamento della procedura di risanamento e devono pertanto essere abrogati. In caso di insolvenza, questi articoli prevedevano la possibilità di mantenere i contratti d'assicurazione sulla vita nonostante l'avvenuta dichiarazione di fallimento. La mancata estinzione di questi contratti era finalizzata a permetterne la continuazione anche in seguito all'insolvenza, mediante un loro trasferimento a un'altra impresa di assicurazione. Una soluzione di questo genere, in conflitto con le norme del diritto fallimentare, non sarà più necessaria in futuro poiché in caso di insolvenza potrà ora applicarsi la procedura di risanamento, più indicata in caso di eventuale trasferimento di questi contratti d'assicurazione a un'altra società.

Sezione 4 (titolo)

Il titolo della sezione 4 viene adeguato alla nuova terminologia.

Art. 67 Strumenti della sorveglianza dei gruppi

Già con l'adozione della LIsFi, nella disposizione è recepita espressamente, come nelle altre leggi sui mercati finanziari, la prassi indiscussa di autorizzazione della FINMA secondo cui anche l'istituto sottoposto a sorveglianza – in tal caso il gruppo assicurativo – deve offrire la garanzia di un'attività irreprendibile (cfr. art. 11 LIsFi).

Capoversi 1 e 2

Come già previsto dalla legislazione in vigore, viene qui stabilito che i garanti a livello di gruppo devono godere di buona reputazione e offrire garanzia di un'attività irreprendibile.

Anche il gruppo assicurativo stesso deve offrire garanzia di un'attività irreprendibile (cfr. versione come da allegato n. II 19 LIsFi³¹, in vigore dal 1° gennaio 2020).

Il nuovo diritto tiene fede a questi importanti requisiti. In particolare il diritto europeo e le norme internazionali (ICP e ComFrame³²) riservano anch'essi una grande attenzione ai garanti a livello di gruppo, questa regola è quindi radicata anche nel contesto internazionale.

Capoverso 3

Il gruppo assicurativo deve essere organizzato in modo tale da essere in grado di individuare, limitare e controllare tutti i rischi essenziali.

Il rinvio alla gestione qualitativa dei rischi è così completo e riguarda fondamentalmente tutti gli aspetti che sono determinanti anche nell'ambito della sorveglianza individuale, trasferiti a livello di gruppo. Vanno citati in particolare la gestione dei rischi secondo l'articolo 22 LSA, la vigilanza interna sugli affari secondo l'articolo 27 LSA, la garanzia delle funzioni di controllo e della funzione e della responsabilità attuariale a livello di gruppo.

La norma rispecchia l'articolo 3f LBCR e contribuisce dunque all'auspicata armonizzazione della vigilanza sui mercati finanziari in un settore in cui un siffatto allineamento appare opportuno anche in considerazione dei differenti modelli aziendali di assicurazioni e banche.

Questo tipo di rinvio viene fatto anche nell'ambito dell'UE seguendo una logica analoga³³. Queste considerazioni si trovano anche nell'ICP e nella disciplina ComFrame, dove si vuole che la gestione qualitativa dei rischi sia ugualmente completa anche a livello di gruppo.

Capoverso 4

I gruppi assicurativi sono tenuti a elaborare piani di stabilizzazione. Nel quadro della prevenzione si vuole in tal modo essere sicuri che i gruppi assicurativi prendano i provvedimenti necessari sulla base dei quali, al sopravvenire di problemi finanziari,

³¹ RU 2018 5247, 2019 4631

³² International Association of Insurance Supervisors IAIS, *Insurance Core Principles and Common Framework for the Supervision of Internationally Active Insurance Groups*, novembre 2019, consultabile all'indirizzo www.iaisweb.org.

³³ Cfr. art. 246 della direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 novembre 2009, in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e di riassicurazione (solvibilità II) (rifusione), GU L 335 del 17.12.2009, pag. 1.

le loro unità possano reagire adeguatamente (p. es. riduzione dei rischi, vendita di quote patrimoniali, trasferimento di portafogli ecc.). Queste misure devono essere prese dai gruppi assicurativi stessi. Tali piani di stabilizzazione corrispondono ai piani di «recovery» richiesti in conformità con le norme internazionali.

La FINMA può esigere che i gruppi assicurativi adottino ulteriori misure di intervento in caso di crisi o di destabilizzazione finanziaria, in particolare piani di liquidazione. Tale requisito corrisponde ai piani di «resolution» richiesti in conformità con le norme internazionali. Con questa disposizione potestativa si vuole evidenziare la facoltà della FINMA di procedere in un'ottica orientata ai rischi.

I requisiti previsti da questo capoverso possono essere applicati anche a sottogruppi.

Capoverso 5

A livello di OS, l'ulteriore attuazione di ComFrame deve essere affidata al Consiglio federale, favorendo in tal modo una maggiore flessibilità nell'attuazione di norme internazionali. Il capoverso 5 gli conferisce quindi la competenza necessaria.

Art. 69 Solvibilità

Le prescrizioni sulla solvibilità secondo gli articoli 9–9c D-LSA devono essere soddisfatte non soltanto dalle singole imprese di assicurazione ma anche da un gruppo assicurativo nel suo insieme. In questo modo si garantisce che l'intero capitale sopportante i rischi del gruppo assicurativo sia sempre sufficiente a coprire i rischi ai quali è esposto il gruppo assicurativo.

Art. 71 Obbligo d'informazione e di notifica

L'obbligo d'informazione e di notifica secondo l'articolo 29 LFINMA incombe anche alle società del gruppo importanti nonché a persone fisiche o giuridiche che nel quadro di un'esternalizzazione svolgono funzioni essenziali per le società del gruppo importanti.

Art. 71^{bis} Piano d'esercizio

Capoverso 1

La lettera G del piano d'esercizio deve ora applicarsi alla società madre del gruppo in modo tale che il personale dirigente della holding, ovvero della sede sociale, possa essere sottoposto a un obbligo di approvazione.

Capoverso 2

Alla FINMA viene altresì conferita la facoltà di dichiarare, mediante decisione, che le regole riguardanti la lettera G del piano d'esercizio si applicano anche alle altre società del gruppo importanti. La FINMA eserciterà questa competenza solo se lo ritiene giustificato alla luce delle specifiche circostanze.

Art. 75 Strumenti della sorveglianza di conglomerati assicurativi

Gli strumenti della sorveglianza di conglomerati assicurativi sono identici sotto ogni aspetto a quelli della sorveglianza di gruppi. Si rinvia pertanto ai commenti all'articolo 67.

Art. 77 Solvibilità

Con le modifiche apportate si statuisce in maniera speculare che le disposizioni sulla solvibilità valgono per i conglomerati assicurativi come per le singole imprese di assicurazione. I requisiti sono identici, ciò che viene affermato nel capoverso 2 con il rinvio agli articoli 9–9c.

Art. 79^{bis} Piano d'esercizio*Capoverso 1*

La lettera G del piano d'esercizio deve ora applicarsi alla società madre del conglomerato in modo tale che il personale dirigente della holding, ovvero della sede sociale, possa essere sottoposto a un obbligo di approvazione.

Capoverso 2

Alla FINMA viene altresì conferita la facoltà di dichiarare, mediante decisione, che le regole riguardanti la lettera G del piano d'esercizio si applicano anche alle altre società del conglomerato importanti. La FINMA eserciterà questa competenza solo se lo ritiene giustificato alla luce delle specifiche circostanze.

Capitolo 7: Consegna di documenti agli stipulanti

Le nuove disposizioni sulla consegna di documenti si rifanno alle prescrizioni per i fornitori di servizi finanziari come previsto negli articoli 72 e 73 LSerFi.

Art. 80 Diritto

L'applicazione efficace del diritto presuppone conoscenze sufficienti della relazione d'affari e del rapporto giuridico. Ciò vale per gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione, da un lato, e per gli stipulanti, dall'altro. Di conseguenza, questa disposizione conferisce agli stipulanti un diritto alla consegna di una copia del fascicolo del cliente nonché di tutti i documenti prodotti dall'intermediario assicurativo o dall'impresa di assicurazione nell'ambito della relazione d'affari. In questo modo viene colmata una lacuna nella protezione del cliente presente nel diritto vigente, sempre che finora tale diritto non emergesse già dai principi generali del diritto contrattuale, segnatamente il principio della buona fede. La disposizione contempla sia documenti o fascicoli in forma cartacea sia documenti, file o registrazioni di ogni genere su supporti elettronici purché si tratti di informazioni o documentazioni determinanti che l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione deve tenere (cfr. p. es. gli art. 30b, 39h, 45 e 45a). Sono esclusi i documenti di mero uso interno come studi preliminari, appunti o bozze (di contratto), in riferimento ai quali non esiste alcun obbligo d'informare o di documentazione, e che pertanto non sono rilevanti per la verifica del comportamento conforme al contratto e alla

legge dell'intermediario assicurativo o dell'impresa di assicurazione (cfr. DTF 139 III 49 consid. 4.). È pure esclusa la corrispondenza intercorsa con l'organo di mediazione nell'ambito di una controversia, anche se questa dovesse trovarsi nel fascicolo del cliente.

Capoverso 2

Salvo diverso accordo, l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione deve, su richiesta dello stipulante, consegnare una copia fisica dei documenti o una forma fisicamente accessibile dei dati elettronici.

Art. 81 Procedura

Capoverso 1

Lo stipulante deve fare valere il suo diritto alla consegna mediante richiesta scritta all'intermediario assicurativo o all'impresa di assicurazione che, dopo la ricezione, ha 30 giorni di tempo per far pervenire una copia dei documenti e del fascicolo allo stipulante.

Capoverso 2

La prima consegna serve a garantire la trasparenza reciproca nella relazione contrattuale e non giustifica alcun diritto all'indennizzo o al risarcimento delle spese. L'obbligo corrispondente è direttamente connesso all'adempimento, in ogni caso richiesto, degli obblighi prudenziali di documentazione, di rendiconto e d'informare.

Capoverso 3

Un rifiuto o una consegna solo parziale da parte dell'intermediario assicurativo o dell'impresa di assicurazione può essere determinante in una lite successiva tra le stesse parti nella decisione sulle spese giudiziarie, in quanto un caso simile potrebbe indurre un intermediario assicurativo o un'impresa di assicurazione ad adire le vie legali in buona fede.

Capitolo 7a: Organi di mediazione

La posizione dei singoli stipulanti non può che risultare nettamente migliore se viene data loro la possibilità di avvalersi dell'applicazione privata del diritto per procedere efficacemente contro un eventuale comportamento scorretto dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario assicurativo. La presente revisione della LSA prevede pertanto un rafforzamento della procedura di mediazione che, se oggi è volontaria, con il nuovo disciplinamento viene recepita nella legge ed estesa alle controversie tra stipulanti e intermediari assicurativi non vincolati. Gli organi di mediazione continueranno comunque a svolgere esclusivamente un'attività di mediazione tra le parti e non avranno alcuna competenza decisionale.

La LSA disciplinerà, in linea con le disposizioni della LSerFi, i principi di questa particolare procedura di risoluzione delle controversie (art. 82–82b), gli obblighi degli intermediari assicurativi e delle imprese di assicurazione (art. 82c–82i) e il riconoscimento degli organi di mediazione (art. 83–83c).

Sezione I: Mediazione

Il collaudato principio «prima conciliare, poi giudicare», da tempo recepito nel diritto processuale civile svizzero (cfr. attuale art. 197 del Codice di procedura civile [CPC]³⁴), deve valere per le controversie di diritto civile tra intermediari assicurativi e imprese di assicurazione, da un lato, e i loro stipulanti, dall'altro, ed essere esplicitamente sancito.

Ciò è anche conforme agli attuali standard riconosciuti a livello internazionale, segnatamente alle raccomandazioni del G20 e della Banca mondiale³⁵ nonché alle disposizioni sulla risoluzione extragiudiziale delle controversie secondo il diritto dell'UE³⁶. Considerando le peculiarità di natura effettiva e giuridica di queste controversie, in futuro le rispettive procedure di mediazione dovranno essere svolte da particolari organi di mediazione, come la Fondazione Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva, già esistente nel settore dell'assicurazione privata (cfr. in merito anche il n. 4.1.4). A questi organi di mediazione non sono (ancora) conferite facoltà decisionali. Oggetto della procedura sono non solo controversie vere e proprie relative a pretese derivanti da crediti, bensì qualsiasi tipo di pretesa giuridica, come il diritto alla consegna di documenti.

Art. 82 Principio

La condizione per poter portare davanti a un organo di mediazione divergenze con imprese di assicurazione e con intermediari assicurativi non vincolati è che questi partecipanti al mercato siano affiliati a un organo di mediazione.

Con il presente progetto si introduce nel settore delle assicurazioni l'obbligo legale che impone a imprese di assicurazione e intermediari assicurativi di affidarsi a un organo di mediazione. Per gli intermediari assicurativi, la prova dell'affiliazione è il requisito per l'iscrizione nel registro degli intermediari (art. 41 cpv. 2 lett. e D-LSA); per le imprese di assicurazione l'affiliazione costituisce la condizione per il rilascio dell'autorizzazione (art. 6 cpv. 1 LSA).

Art. 82a Procedura

L'articolo 82a concretizza i principi determinanti della procedura di mediazione. Anch'essi sono basati su standard generali riconosciuti a livello internazionale³⁷ e sono conformi al disciplinamento della procedura di mediazione adottata per com-

³⁴ RS 272

³⁵ «G20 High-Level Principles on Financial Consumer Protection», ottobre 2011; Banca mondiale, *Resolving Disputes between Consumers and Financial Businesses: Fundamentals for a Financial Ombudsman*, gennaio 2012.

³⁶ Cfr. art. 15 (1) della direttiva 2016/97/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 gennaio 2016, sulla distribuzione assicurativa (rifusione), GU L 26/19, nonché art. 75 (1) della direttiva 2014/65/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 maggio 2014, relativa ai mercati degli strumenti finanziari e che modifica la direttiva 2002/92/CE e la direttiva 2011/61/UE, GU L 173 del 12.6.2014, pag. 349; modificata da ultimo dal regolamento (UE) n. 909/2014, GU L 257 del 28.8.2014, pag. 1 («MiFID II»).

³⁷ Cfr. p. es. n. 9 «G20 High-Level Principles on Financial Consumer Protection», ottobre 2011; Banca mondiale, *Resolving Disputes between Consumers and Financial Businesses: Fundamentals for a Financial Ombudsman*, gennaio 2012, pag. 45 segg.

porre le controversie tra clienti di fornitori di servizi finanziari e banche o altri fornitori di servizi finanziari.

Capoverso 1

Il capoverso 1, in linea con il senso e lo spirito della procedura di mediazione, stabilisce che questa deve essere non burocratica, equa, rapida, imparziale e, per lo stipulante, economica o gratuita.

Capoverso 2

Il capoverso 2 sancisce il carattere confidenziale della procedura dinanzi a un organo di mediazione. Si vuole in tal modo permettere alle parti di giungere più facilmente a un accordo. Conseguentemente la disposizione – come l'articolo 75 capoverso 2 LSerFi per la procedura di mediazione o l'articolo 205 capoverso 1 CPC per la procedura di conciliazione – stabilisce altresì che le dichiarazioni rese dalle parti nell'ambito della procedura di mediazione e la corrispondenza intercorsa tra una parte e l'organo di mediazione non possono essere utilizzate in un'altra procedura e in particolare in una successiva procedura civile. Si applica un'eccezione alla comunicazione di conclusione della procedura emessa dall'organo di mediazione ai sensi del capoverso 8, che può contenere anche una valutazione di diritto dell'organo di mediazione e quindi una proposta per la risoluzione della controversia.

Capoverso 3

Le considerazioni di cui al capoverso 2 riguardano anche la disposizione del capoverso 3. Le dichiarazioni che le parti hanno reso solo dinanzi all'organo di mediazione devono essere trattate in modo confidenziale. Di conseguenza le parti non hanno il diritto di consultare la corrispondenza tra l'organo di mediazione e l'altra parte.

Capoverso 4

Il capoverso 4 stabilisce l'insieme delle condizioni secondo le quali una domanda di mediazione può essere accolta.

Capoverso 5

Con questa norma sulla lingua ufficiale da utilizzare si vuole permettere di tener conto delle particolarità specifiche della relazione d'affari tra l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione, da un lato, e lo stipulante, dall'altro.

Capoverso 6

In questo capoverso sono fissati i due aspetti centrali della procedura di mediazione, ovvero il non assoggettamento a istruzioni dell'organo di mediazione e il libero apprezzamento della situazione di fatto e di diritto. Questi principi procedurali intendono garantire una procedura di mediazione adeguata allo Stato di diritto.

Capoverso 7

La disposizione stabilisce inoltre che l'organo di mediazione adotta le misure opportune per lo svolgimento della procedura di mediazione. In particolare sente le parti e dà loro la possibilità di esprimere un parere in merito. Tuttavia, non è possibile dedurre un diritto legale allo svolgimento di una procedura orale. Gli organi di

mediazione sono però liberi di prevedere un simile diritto nel regolamento di procedura.

Capoverso 8

Gli organi di mediazione possono procedere a una valutazione della controversia e integrarla nella comunicazione di conclusione della procedura come proposta per la risoluzione della controversia. La procedura di mediazione può concludersi, in alternativa, con il ritiro della domanda, il raggiungimento di un accordo tra le parti o il rifiuto della proposta di conciliazione da almeno una delle parti, ma anche con il rigetto della domanda da parte dell'organo di mediazione in quanto palesemente abusiva.

Art. 82b Rapporto con la procedura di conciliazione e con altre procedure

La disposizione disciplina il rapporto tra la procedura di mediazione particolare dinanzi a un organo di mediazione riconosciuto e le procedure generali, come previsto dal diritto processuale civile relativamente all'esercizio di diritti e pretese di carattere civile. Fondamentalmente vale il principio secondo cui le procedure civili generali debbano restare indipendenti dalla procedura di mediazione particolare e che quindi tutti i diritti e le garanzie procedurali della totalità dei soggetti interessati rimangano completamente inalterati. Quanto sopra è valido in particolare per la competenza geografica, materiale e funzionale, ma anche per quanto riguarda il diritto di essere sentiti e il diritto ad essere giudicato da un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge (art. 6 CEDU³⁸).

Capoverso 1

Ai sensi del capoverso 1, una domanda di mediazione non esclude la possibilità di adire il giudice civile. A livello pratico questo è rilevante se la domanda di mediazione è presentata da un intermediario assicurativo o da un'impresa di assicurazione. Anche in questi casi deve essere fatto salvo il diritto dello stipulante di adire la giurisdizione ordinaria. In caso contrario, l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione ha l'obbligo di partecipare alla procedura dinanzi all'organo di mediazione.

Capoverso 2

L'esecuzione di un tentativo di conciliazione, come il CPC prevede sia fatto prima che venga avviata la procedura decisionale (cfr. art. 197 CPC), non è più opportuna nei casi in cui si è svolta senza successo una procedura di mediazione. Per questo motivo il capoverso 2 stabilisce che la parte che a conclusione di una procedura di mediazione decide di promuovere un'azione può rinunciare unilateralmente ad esperire la procedura di conciliazione secondo il CPC (cfr. in proposito anche il commento alla relativa disposizione parallela di cui all'art. 199 cpv. 2 lett. e CPC nel n. 5.3).

³⁸ Convenzione del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali; RS **0.101**.

Capoverso 3

Dal momento che una procedura dinanzi a un organo di mediazione non ha fondamentalmente alcun influsso sulla procedura ordinaria, il capoverso 3 prevede che l'organo di mediazione ponga termine alla procedura non appena un'autorità di conciliazione, un'autorità giudiziaria, un tribunale arbitrale o un'autorità amministrativa è investita della causa.

*Capo secondo:**Obblighi delle imprese di assicurazione e degli intermediari assicurativi**Art. 82c* Obbligo di affiliazione*Capoverso 1*

Affinché, in caso di controversie future, gli stipulanti abbiano la possibilità di ricorrere a una procedura di mediazione dinanzi a un organo di mediazione, l'articolo 82c prevede per gli intermediari assicurativi non vincolati e le imprese di assicurazione l'obbligo di affidarsi a un organo di mediazione: chi opera in qualità di intermediario assicurativo o di impresa di assicurazione ai sensi della LSA è tenuto ad affidarsi a un organo di mediazione riconosciuto al più tardi nel momento in cui inizia la propria attività.

Se gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione sono assoggettati alla vigilanza della FINMA, quest'ultima verifica che tale obbligo sia rispettato nel quadro della sua attività di vigilanza. Per quanto riguarda gli intermediari assicurativi non vincolati, l'affiliazione a un organo di mediazione riconosciuto è il presupposto necessario per essere iscritti nel registro dei consulenti (cfr. art. 41 cpv. 2 lett. e).

In virtù delle corrispondenti disposizioni speciali della presente legge, le prescrizioni relative alla mediazione (art. 82–82b) e gli obblighi degli intermediari assicurativi e delle imprese di assicurazione (art. 82c–82i) non sono applicabili (1) alle imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti (art. 30a), (2) all'assicurazione diretta e alla riassicurazione all'interno del gruppo (art. 30d cpv. 1) e (3) alla riassicurazione (art. 35 cpv. 1). Di conseguenza per gli intermediari assicurativi che operano esclusivamente in qualità di mediatori di contratti di riassicurazione o di contratti di assicurazione all'interno del gruppo non sussiste nemmeno l'obbligo di affidarsi a un organo di mediazione (art. 82c).

Capoversi 2 e 3

È competenza del DFF obbligare un organo di mediazione ad ammettere singoli intermediari assicurativi o singole imprese di assicurazione, qualora questi non avessero la possibilità di affidarsi a un organo di mediazione. Qualora più intermediari assicurativi o singole imprese di assicurazione insieme non dovessero trovare un organo di mediazione idoneo cui affidarsi, spetta inoltre al Consiglio federale istituire un nuovo organo di mediazione o designarne uno.

Nell'ambito delle assicurazioni private esistono già due organi di mediazione: la Fondazione Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva e l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie. Per quanto riguarda gli intermediari assicurativi

non vincolati, si deve presumere che venga istituito un nuovo organo di mediazione. Se, contrariamente alle aspettative, il settore non dovesse provvedervi, il Consiglio federale dovrebbe avvalersi della competenza conferitagli ai sensi del capoverso 3. A questo proposito già oggi si può affermare che non vi è alcuna intenzione di assegnare gli intermediari assicurativi ai due organi di mediazione esistenti sopra citati, salvo che non siano gli stessi organi di mediazione ad acconsentirvi.

La forma giuridica concreta dell'affiliazione a un organo di mediazione riconosciuto nonché i diritti e i doveri degli intermediari assicurativi e delle imprese di assicurazione nei suoi confronti si determinano sostanzialmente in base al regolamento di organizzazione del rispettivo organo di mediazione (si veda in proposito anche il n. 4.1.4).

Art. 82d Obbligo di partecipazione

Gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione sono tenuti a partecipare a una procedura di mediazione se sono interessati da una domanda corrispondente di uno stipulante (cpv. 1). In particolare devono partecipare agli atti procedurali (udienze, esposizione dei fatti ecc.) e ottemperare entro i termini stabiliti a citazioni, inviti a esprimere un parere e richieste di informazione (cpv. 2). L'organo di mediazione è ovviamente libero di scegliere gli atti procedurali appropriati, ragione per cui ad esempio uno stipulante non può chiedere la citazione di un intermediario assicurativo o di un'impresa di assicurazione. Tale decisione è lasciata all'apprezzamento dell'organo di mediazione. L'obbligo di partecipazione degli intermediari assicurativi e delle imprese di assicurazione – così come previsto ad esempio in Inghilterra e in Irlanda³⁹ – garantisce, oltre all'obbligo di affiliazione, che la domanda di uno stipulante dia effettivamente avvio a una procedura di mediazione dinanzi all'organo di mediazione.

Art. 82e Obbligo di informazione

Per garantire l'efficacia concreta della mediazione da parte di un organo di mediazione riconosciuto è fondamentale che gli stipulanti siano a conoscenza di tale possibilità. Gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione sono pertanto tenuti a informarli di conseguenza. L'informazione deve essere fornita all'avvio di una relazione d'affari, in caso di reiezione di una pretesa giuridica rivendicata dallo stipulante nonché su richiesta di quest'ultimo. La forma appropriata è in primo luogo quella scritta semplice, tuttavia è contemplata anche la posta elettronica o un'altra forma di comunicazione e di informazione elettronica destinata agli stipulanti. A differenza, ad esempio, del diritto delle telecomunicazioni, si rinuncia tuttavia a informare gli stipulanti dell'esistenza dell'organo di mediazione su ogni fattura (cfr. art. 47 cpv. 3 OST⁴⁰).

³⁹ Cfr. Contratto, Franca, Alternative Streitbeilegung im Finanzsektor, AJP 2012, pag. 217 segg., 228; Weber, Rolf H., Anlegerschutz durch regulatorisches Enforcement, in: Sethe/Hens/von der Crone/Weber (Ed.), «Anlegerschutz im Finanzmarktrecht kontrovers diskutiert», Zurigo 2013, pag. 319 segg., 331.

⁴⁰ Ordinanza del 9 marzo 2007 sui servizi di telecomunicazione (OST; RS **784.101.1**).

Art. 82f Partecipazione finanziaria

Sull'esempio dei due organi di mediazione attualmente esistenti, gli organi di mediazione riconosciuti devono essere in primo luogo finanziati dagli intermediari assicurativi e dalle imprese di assicurazione a loro affiliati. Al riguardo è ipotizzabile sia una forma diretta che anche una forma indiretta di finanziamento. È quindi possibile che le associazioni di categoria fungano da servizio di incasso e riscuotano i contributi dai loro aderenti. I contributi degli intermediari assicurativi e delle imprese di assicurazione sono calcolati in base al regolamento sui contributi e sulle spese del rispettivo organo di mediazione, che è libero di deciderne le modalità di pagamento. Può ad esempio prevedere un forfait complessivo o per singolo caso oppure una tassa procedurale per ogni singola procedura. Una partecipazione finanziaria da parte degli stipulanti è presa in considerazione solo se può essere addebitata loro una tassa procedurale d'importo esiguo (cfr. anche art. 82a cpv. 1). Le disposizioni effettivamente applicabili devono essere definite in un regolamento sui contributi e sulle spese del rispettivo organo di mediazione.

*Sezione 3: Ammissione ed esclusione**Art. 82g* Ammissione

L'obbligo di ammissione degli organi di mediazione ai sensi dell'articolo 82g costituisce la logica contropartita all'obbligo di affiliazione degli intermediari assicurativi o delle imprese di assicurazione ai sensi dell'articolo 82c. In assenza di quest'obbligo legale, un intermediario assicurativo o un'impresa di assicurazione rischierebbe, in determinate circostanze, di non essere ammesso da alcun organo di mediazione e quindi di non poter più esercitare la propria attività economica. Se singoli intermediari assicurativi o singole imprese di assicurazione non hanno alcuna possibilità di affiliarsi a un organo di mediazione, il DFF può obbligare un organo ad ammetterli. Se per molti di loro non esiste un organo di mediazione, il Consiglio federale può istituirne uno (cfr. art. 82c cpv. 3).

Art. 82h Esclusione

Gli intermediari assicurativi o le imprese di assicurazione che disattendono ripetutamente gli obblighi di cui agli articoli 82c–82f possono essere esclusi dall'organo di mediazione (art. 82h).

Art. 82i Obbligo di informazione

L'articolo 82i disciplina lo scambio di informazioni sullo stato degli assoggettati tra gli organi di mediazione riconosciuti, le autorità di vigilanza e i servizi di registrazione. Queste informazioni serviranno all'esecuzione dei compiti di sorveglianza.

Sezione 4: Riconoscimento, pubblicazione e scambio di informazioni

Art. 83 Riconoscimento

Capoverso 1

Il DFF è l'autorità competente per il riconoscimento degli organi di mediazione (cpv. 1). Questa delega della competenza in materia di riconoscimento appare appropriata in considerazione dell'attinenza con la legislazione sui mercati finanziari, e viene trattata in modo analogo anche nella LSerFi. Lo scambio di informazioni (cfr. art. 82i) garantisce che anche le altre autorità abbiano a disposizione le informazioni sugli organi di mediazione riconosciuti loro necessarie per adempiere i propri compiti.

Capoversi 2 e 3

Il capoverso 2 disciplina le diverse condizioni che un'organizzazione deve soddisfare per essere riconosciuta come organo di mediazione ai sensi della LSA.

- Nella lettera a sono definiti i principi⁴¹ centrali e generalmente riconosciuti di ogni mediazione. Tra questi rientrano l'indipendenza, l'imparzialità, la trasparenza, l'efficienza e il non assoggettamento dell'organo di mediazione a istruzioni generali e particolari. Tali principi intendono garantire una mediazione adeguata dal punto di vista dello Stato di diritto nell'interesse di tutti i soggetti coinvolti. L'osservanza dei suddetti principi costituisce una condizione per il riconoscimento.
- Ai sensi della lettera b, sono riconosciute come organi di mediazione le organizzazioni che garantiscono che le persone incaricate della mediazione dispongono delle conoscenze tecniche necessarie. La competenza professionale delle persone incaricate rappresenta un importante valore aggiunto del servizio fornito dagli organi di mediazione riconosciuti. Si tratta in particolare di conoscenze specifiche su servizi assicurativi, strumenti finanziari e servizi finanziari nonché, in generale, su mercato assicurativo, finanziario e dei capitali. Inoltre sono richieste anche conoscenze specialistiche nell'ambito della mediazione.
- Il riconoscimento presuppone quindi che l'organo di mediazione disponga di un regolamento di organizzazione e di procedura come pure di un regolamento sui contributi e sulle spese (lett. c–e).

⁴¹ Cfr. p. es. il n. 9 «G20 High-Level Principles on Financial Consumer Protection», ottobre 2011; raccomandazione della Commissione 98/257/CE, del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo e la raccomandazione della Commissione 2001/310/CE, del 4 aprile 2001, sui principi applicabili agli organi extragiudiziali che partecipano alla risoluzione consensuale delle controversie in materia di consumo.

Art. 83a Verifica del riconoscimento*Capoverso 1*

Gli organi di mediazione riconosciuti sono tenuti a comunicare al DFF tutte le modifiche rilevanti ai fini del riconoscimento.

Capoversi 2 e 3

Secondo i capoversi 2 e 3 se un organo di mediazione non soddisfa più le condizioni di cui all'articolo 83, allo scadere del termine appropriato impartitogli per rimediare, il DFF gli revoca il riconoscimento. Se a un organo di mediazione viene revocato il riconoscimento, gli intermediari assicurativi o le imprese di assicurazione coinvolti devono affiliarsi a un altro organo di mediazione riconosciuto. In linea di massima, le procedure in corso non sono interessate da una revoca del riconoscimento.

Art. 83b Rapporto

Ai fini di un rapporto trasparente, gli organi di mediazione sono tenuti a fornire annualmente informazioni in merito alla loro attività. Già oggi questa è la prassi usuale seguita da entrambi gli organi di mediazione esistenti.

Art. 83c Scambio di informazioni

L'articolo 83c disciplina lo scambio di informazioni tra gli organi di mediazione riconosciuti e le autorità di vigilanza nonché i servizi di registrazione. La disposizione garantisce che tutti gli attori abbiano a disposizione le informazioni loro necessarie per svolgere i propri compiti. In particolare garantisce ai diversi organi di mediazione la possibilità di collaborare efficacemente nel corso delle procedure di mediazione. Lo scambio di informazioni presuppone che le informazioni siano rilevanti ai fini dell'adempimento dei compiti da parte delle autorità di vigilanza, dei servizi di registrazione e degli organi di mediazione. Da qui si evince che è escluso lo scambio di informazioni su singole procedure di conciliazione.

*Capitolo 7b: Decisioni tariffali e contenzioso giudiziario**Art. 84, rubrica*

Per una maggiore chiarezza la rubrica di questo articolo viene modificata in «decisioni tariffali», facendo così direttamente riferimento al contenuto dell'articolo. Il contenuto resta invariato.

Art. 86 Contravvenzioni

Il capoverso 1 viene interamente rivisto. Nella revisione si tiene conto del principio perseguito dal Parlamento nella LSerFi, secondo il quale nell'ambito del diritto in materia di vigilanza dei mercati finanziari il comportamento lecito deve essenzialmente e possibilmente essere garantito mediante gli strumenti previsti dal diritto in materia di vigilanza e non da disposizioni penali (cfr. in merito gli art. 89–92 LSerFi). Conformemente agli approcci nella LSerFi vengono anche ridotti gli importi delle multe.

In quest'ottica, le vigenti lettere a, c, d, e f vengono abrogate.

La lettera a commina ora una pena per la violazione degli obblighi d'informare, cruciali per la protezione degli stipulanti, da parte di imprese che non sono assoggettate a vigilanza.

La lettera b viene mantenuta in quanto gli obblighi di notificazione sanzionabili penalmente devono essere adempiuti non solo da chi è assoggettato alla vigilanza bensì anche da persone che detengono una partecipazione nell'impresa di assicurazione. Se non fosse prevista una pena, gli obblighi rimarrebbero lettera morta. Il mantenimento della punibilità nei confronti degli assoggettati alla vigilanza si giustifica pertanto con la necessità di evitare una notevole disparità di trattamento dei partecipanti al mercato.

Anche la lettera e e con essa la violazione degli obblighi d'informare secondo gli articoli 14a, 45, 45a capoverso 2 e 45b LSA deve essere mantenuta come fattispecie penale in modo da tutelare in particolare anche lo status di intermediario finanziario. La disposizione viene spostata alla lettera c.

Art. 87 Delitti

Il contenuto delle disposizioni penali nelle lettere a e b non subisce modifiche ma – conformemente al tenore degli articoli 3 e 41 – viene riformulato in modo più preciso.

In ossequio al principio perseguito dal Parlamento già nella LSerFi, secondo il quale nell'ambito del diritto in materia di vigilanza dei mercati finanziari il comportamento lecito deve essenzialmente e possibilmente essere garantito mediante gli strumenti previsti dal diritto in materia di vigilanza (cfr. sopra), la mancata o la ritardata presentazione o notifica di modifiche del piano d'esercizio non deve più essere punibile. L'attuale lettera b viene pertanto abrogata. Chiaramente la presente modifica non pregiudica la punibilità secondo l'articolo 44 LFINMA in caso di esercizio di un'attività assicurativa al di fuori dell'ambito autorizzato.

I delitti elencati nel capoverso 1 lettere c e d restano invariati rispetto al diritto vigente.

Art. 90a Disposizioni transitorie della modifica del [...]

Secondo il capoverso 1 tutte le imprese di assicurazione devono dichiarare entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica tramite il formulario K se intendono esercitare l'attività «wholesale» e/o l'attività «captive» e stipulare contratti con stipulanti non professionisti, nel caso in cui vogliano beneficiare delle agevolazioni previste.

In base al capoverso 2, le imprese di assicurazione con sede in Svizzera che hanno costituito un patrimonio vincolato per i portafogli delle succursali estere devono, entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica, sciogliere questo patrimonio vincolato e informare gli assicurati interessati della decadenza del patrimonio vincolato. L'informazione degli assicurati è finalizzata alla protezione dei clienti, in quanto gli assicurati vengono messi a conoscenza del fatto che eventuali crediti

derivanti dal contratto d'assicurazione non sono più garantiti da un patrimonio vincolato.

Ai sensi del capoverso 3, alle imprese di assicurazione e agli intermediari assicurativi viene concesso un periodo di transizione di un anno a decorrere dalla data di entrata in vigore della modifica della legge, al termine del quale dovranno essere in grado di adempiere i nuovi obblighi relativi alla vendita di assicurazioni sulla vita qualificate. Questo termine sarà sufficiente per adeguare i processi e i sistemi alle nuove norme.

Per quanto riguarda i requisiti per la formazione e il perfezionamento ai sensi dell'articolo 43 D-LSA nel capoverso 4 viene concesso un periodo di transizione di due anni, che permetterà in particolare di definire gli standard minimi, approntare le offerte di formazione e portare a termine eventuali corsi di formazione.

Infine, le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi non vincolati devono affiliarsi a un organo di mediazione entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica (cpv. 5).

5.2 Legge del 2 aprile 1908⁴² sul contratto d'assicurazione

Art. 3 cpv. 1 lett. h

Prima della conclusione del contratto d'assicurazione, l'assicuratore deve tra le altre cose informare lo stipulante, in maniera comprensibile, sul contenuto essenziale del contratto d'assicurazione. Tra queste informazioni figura ora anche quella riguardante la qualifica di un'assicurazione sulla vita come assicurazione sulla vita qualificata conformemente all'articolo 39a D-LSA.

5.3 Codice di procedura civile⁴³

Art. 199 cpv. 2 lett. d ed e

La normativa proposta nell'articolo 82b capoverso 2 D-LSA deve essere recepita anche nel CPC. A conclusione di una procedura dinanzi a un organo di mediazione l'attore può rinunciare alla procedura di conciliazione perché in questi casi è per lo più superflua. Lo stesso vale già per le controversie tra un cliente e un fornitore di servizi finanziari, quando una procedura di mediazione è stata esperita dinanzi a un organo di mediazione riconosciuto ai sensi degli articoli 74 e seguenti LSerFi. Nelle nuove lettere d ed e devono quindi essere parallelamente recepite le corrispondenti norme anche per la procedura di conciliazione.

⁴² RS 221.229.1

⁴³ RS 272

5.4 **Legge federale del 19 dicembre 1958⁴⁴ sulla circolazione stradale**

Art. 76 Fondo nazionale di garanzia

Secondo la normativa vigente, il Fondo nazionale di garanzia eroga prestazioni nel ramo dell'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore solo in caso di fallimento dell'assicurazione e non di un suo risanamento (art. 76 cpv. 2 lett. b). La modifica proposta tiene conto dell'estensione nella LSA e assicura che d'ora in poi il Fondo nazionale di garanzia eroghi prestazioni anche nell'ambito di procedure di risanamento o di determinate misure di protezione ordinate in caso di pericolo d'insolvenza. La modifica non estende il campo di applicazione dell'obbligo a carico del Fondo nazionale di garanzia, ossia l'obbligo di versare una prestazione in caso di pericolo d'insolvenza. La copertura del fallimento garantita dal Fondo nazionale di garanzia, finora illimitata, deve però essere circoscritta. L'entità di tale limitazione deve essere precisata nell'ordinanza del 20 novembre 1959⁴⁵ sull'assicurazione dei veicoli (OAV). Infine, la riformulazione linguistica e la nuova ripartizione del contenuto migliorano la leggibilità della disposizione.

Capoversi 1 e 2

Il contenuto del capoverso 1 corrisponde al diritto vigente. Per una migliore leggibilità, la seconda parte del periodo è stata spostata in un nuovo capoverso 2.

Capoversi 3 e 5

Il capoverso 3 enuncia, come nella legge vigente (cpv. 2), i compiti del Fondo nazionale di garanzia. Come nel capoverso 5, questi compiti vengono concretizzati dal Consiglio federale nell'OAV. L'OAV dovrà disciplinare anche l'entità massima della copertura del fallimento e del risanamento (cpv. 4) nonché la procedura per la liquidazione privilegiata di pretese nei confronti del Fondo nazionale di garanzia nella procedura di fallimento dell'assicurazione (cpv. 5 lett. e).

Capoverso 4

Il capoverso 4 riprende l'attuale norma sancita nel capoverso 2 lettera b concernente la copertura in caso d'insolvenza. Questa norma viene modificata in due punti nella lettera a. Nella procedura di fallimento dell'assicurazione, il Fondo nazionale di garanzia deve intervenire solo alla fine. La parte lesa può presentare l'attestato di carenza dei beni, rilasciatogli per la parte del danno non coperta dalla massa fallimentare, al Fondo nazionale di garanzia, che la risarcisce del danno non coperto. Anche con questa nuova norma resta pertanto garantito il privilegio previsto nella LCStr per le vittime della strada.

Poiché la procedura ordinaria di fallimento dell'assicurazione durerà diversi anni, il risarcimento integrale del sinistro sarà notevolmente posticipato rispetto allo status quo. Con la nuova regolamentazione in materia di procedura e copertura stabilita nella lettera a si intende evitare la penalizzazione delle vittime di incidenti stradali rispetto a oggi, consentendo una liquidazione privilegiata delle pretese che possono

⁴⁴ RS 741.01

⁴⁵ RS 741.31

essere soddisfatte. L'ipotesi è che la vittima dell'incidente ottenga dall'amministratore del fallimento una conferma attestante la percentuale dell'acconto (cfr. in precedenza il nuovo art. 54a^{bis} LSA). La vittima dell'incidente stradale può fare così pervenire questa conferma al Fondo nazionale di garanzia, che si farà carico di quella parte di pretese legittime rimasta insoddisfatta con l'acconto. In questo modo la parte lesa vede risarcito per intero il danno residuo, in maniera tempestiva e priva di formalità burocratiche e, grazie a questo processo, riceve un trattamento migliore in quanto le sue pretese di risarcimento vengono liquidate più rapidamente rispetto al solo pagamento dell'acconto con successivo rilascio di un attestato di carenza dei beni.

Nella lettera b viene sancito l'obbligo di versamento delle prestazioni che incombe al Fondo nazionale di garanzia in caso di risanamento. In una procedura di risanamento secondo l'articolo 52a D-LSA, il Fondo nazionale di garanzia è tenuto a risarcire alla parte lesa nel quadro della responsabilità civile per i veicoli a motore l'importo corrispondente alla riduzione dei versamenti per sinistri ordinata dalla FINMA nell'ambito della procedura di risanamento. La liquidazione del sinistro continua comunque a essere eseguita dall'impresa di assicurazione in sofferenza. Il Fondo nazionale di garanzia versa a questa impresa acconti periodici. In questo modo tutti i danni di responsabilità civile per i veicoli a motore possono essere liquidati senza riduzione.

Come nel diritto vigente, anche con la nuova disposizione viene garantita una protezione integrale in tutti i casi d'insolvenza. Le assicurazioni sociali subentrano nelle pretese delle vittime della strada nella misura in cui hanno loro corrisposto un indennizzo. Le loro prestazioni devono pertanto essere coordinate con quelle del Fondo nazionale di garanzia.

Capoversi 6 e 7

Gli attuali capoversi 4 e 5 restano invariati e diventano ora i capoversi 6 e 7.

Capoverso 8

Come nel diritto vigente (attuale cpv. 6), mediante il pagamento dell'indennità il Fondo nazionale di garanzia subentra alla parte lesa relativamente ai suoi diritti. Per le prestazioni di cui al capoverso 4, i pagamenti del Fondo nazionale di garanzia alla parte lesa devono ora però essere effettuati con effetto liberatorio per il detentore e il conducente del veicolo con il quale è stato causato il danno. La novità introdotta nel secondo periodo è che il Fondo nazionale di garanzia non deve esercitare azione di regresso nei confronti del conducente o del detentore che ha agito per colpa lieve o che è responsabile solo in quanto portatore del rischio d'esercizio del veicolo. Il complemento nell'ultimo periodo serve infine a precisare che, se sussiste un obbligo al versamento delle prestazioni a carico del Fondo nazionale di garanzia, le parti lese non possono avanzare la medesima pretesa nei confronti del detentore e del conducente del veicolo con il quale è stato causato il danno. Questo si giustifica già solo per il fatto che al detentore o al conducente non spetta alcun diritto di regresso nei confronti del Fondo nazionale di garanzia.

Art. 76a cpv. 4^{bis}

In questo capoverso si sancisce ora l'obbligo del Fondo nazionale di garanzia di inserire, nell'allegato del conto annuale, una stima degli obblighi di pagamento attesi, se la FINMA ha avviato una procedura di risanamento o aperto una procedura di fallimento dell'assicurazione nei confronti di un assicuratore di responsabilità civile per i veicoli a motore. In questo modo – diversamente da una corrispondente iscrizione delle passività – si garantisce che il Fondo nazionale di garanzia non si indebiti eccessivamente. Questa norma è giustificata in quanto il Fondo nazionale di garanzia può aumentare i contributi per l'anno successivo in virtù dell'articolo 76a capoverso 2 e onorare, grazie a queste entrate aggiuntive, i suoi impegni anche senza misure di risanamento.

5.5 Legge del 22 giugno 2007⁴⁶ sulla vigilanza dei mercati finanziari

Art. 15 cpv. 2, frase introduttiva e lett. c

Attualmente ai fini del calcolo della tassa di vigilanza dovuta alla FINMA è determinante in via esclusiva la quota di partecipazione di un'impresa di assicurazione al volume complessivo dei premi incassati da tutte le imprese di assicurazione. Il parametro «volume dei premi» è inteso in senso molto stretto, non da ultimo in vista di potenziali sviluppi normativi futuri. Già oggi quindi si può presumere ad esempio che nell'International Financial Reporting Standards (IFRS) per i gruppi assicurativi in futuro il parametro «premi incassati» (oggi anche «premi lordi») non esisterà più. È pertanto prevista nella LFINMA una maggiore flessibilità nel calcolo della tassa di vigilanza.

Per poter tenere debitamente conto degli sviluppi connessi con il «ComFrame»⁴⁷ e del concomitante prevedibile inasprimento della sorveglianza sui gruppi assicurativi attivi a livello internazionale, nel calcolo della tassa di vigilanza per i gruppi e conglomerati assicurativi si deve poter considerare anche il carattere internazionale e la complessità degli stessi.

Come nel diritto vigente, il Consiglio federale specificherà i parametri effettivi a livello di ordinanza⁴⁸.

Per gli intermediari assicurativi non vincolati le modalità di calcolo della tassa di vigilanza restano invariate: continueranno a essere determinanti il loro numero e le dimensioni aziendali.

⁴⁶ RS **956.1**

⁴⁷ IAIS Common Framework for the Supervision of Internationally Active Insurance Groups (ComFrame).

⁴⁸ Ordinanza del 15 ottobre 2008 sugli emolumenti e sulle tasse della FINMA (Oem-FINMA; RS **956.122**).

Art. 37 **Revoca dell'autorizzazione, del riconoscimento, dell'abilitazione o della registrazione**

Secondo il messaggio del 4 novembre 2015 concernente la legge sui servizi finanziari e la legge sugli istituti finanziari (FF 2015 7293), per ragioni di certezza del diritto, nell'articolo 3 LFINMA avrebbe dovuto essere precisato che i partecipanti al mercato finanziario registrati non sono considerati assoggettati alla vigilanza⁴⁹, tenendo presente che la disposizione si rivolgeva soprattutto anche agli intermediari assicurativi, che non erano soggetti a una vigilanza equiparabile a quella degli altri assoggettati solo per il fatto di essere registrati. Dopo la decisione del Parlamento di non assoggettare alla LSerFi le norme di comportamento del settore assicurativo, la registrazione è stata reinserita nell'articolo 3 LFINMA mentre la modifica, a questo punto altrettanto necessaria, riguardo alla revoca è stata dimenticata nell'articolo 37 LFINMA. Questa svista legislativa viene ora corretta inserendo nuovamente il termine «registrazione» nell'articolo 37 capoverso 1 LFINMA e adeguando conseguentemente la rubrica. Ciò non significa che fino all'entrata in vigore di questa correzione la FINMA non possa revocare la registrazione a un intermediario assicurativo. Il principio di polizia secondo cui è possibile revocare un'autorizzazione precedentemente concessa vale naturalmente anche senza esplicita base legale.

6 Ripercussioni

Stando ai dati a fine 2018, la modifica della LSA interessa direttamente 205 imprese di assicurazione soggette alla vigilanza della FINMA, tutti gli intermediari assicurativi non vincolati e vincolati nonché i loro clienti e creditori. Le modifiche proposte rientrano nel quadro posto dall'IAIS con i principi chiave per una sorveglianza efficace sulle assicurazioni e tengono parimenti conto dei requisiti di equivalenza dell'UE in materia di regolamentazione delle assicurazioni.

L'introduzione di una regolamentazione del risanamento offre agli assicuratori un'alternativa alla procedura di fallimento dell'assicurazione, finalizzata al mantenimento dell'impresa interessata. Questa alternativa protegge anche gli stipulanti, in particolare nei rami dell'assicurazione malattia complementare e delle assicurazioni sulla vita, in quanto semplifica il trasferimento degli effettivi di assicurati e quindi il mantenimento dei rispettivi contratti assicurativi. Nella situazione attuale, se gli effettivi degli assicurati sono cospicui il prerequisito della volontarietà e la possibilità che vi sia una sottocopertura nelle riserve rendono scarsamente praticabili tali trasferimenti di portafogli. Gli assicurati (e i riassicurati) concorrono in una posizione di privilegio nella gerarchia dei creditori a scapito dei creditori della terza classe.

La protezione dei clienti privati viene potenziata nell'ambito dell'intermediazione assicurativa non vincolata in quanto viene ora ammessa un'unica classificazione degli intermediari assicurativi in vincolati e non vincolati per tutte le tipologie di assicurazione. Gli intermediari non vincolati devono altresì pubblicare tutti i tipi di indennità percepite e garantire un'attività irreprensibile secondo le prescrizioni della FINMA. Inoltre, in conformità con la LSerFi e per rafforzare la protezione dei

⁴⁹ FF 2015 7459

clienti, anche tutti gli intermediari assicurativi devono essere affiliati a un organo di mediazione, e nel ramo delle assicurazioni sulla vita qualificate le assicurazioni sono chiamate al rispetto di ulteriori obblighi d'informare. Infine, gli intermediari assicurativi vincolati perdono la possibilità di iscriversi volontariamente nel registro della FINMA, possono tuttavia continuare a iscriversi in registri gestiti privatamente.

Le misure previste a protezione dei clienti comportano oneri amministrativi maggiori per gli intermediari assicurativi non vincolati e per gli offerenti di assicurazioni sulla vita qualificate. Ulteriori oneri supplementari risultano per circa 30 imprese di assicurazione principalmente di piccole dimensioni, che ora sono tenute a procedere a una revisione interna. Le assicurazioni interessate possono scegliere se istituire una revisione interna o avvalersi dei corrispondenti servizi offerti sul mercato. La revoca della competenza della FINMA di esonerare imprese di assicurazione dall'obbligo di revisione interna è legata al rispetto delle prescrizioni in materia di equivalenza dell'UE. L'introduzione di una regolamentazione del risanamento non comporta un incremento diretto degli oneri per gli assicuratori.

D'altra parte, l'abolizione dell'obbligo di detenere un patrimonio vincolato per clienti professionisti nel quadro del nuovo sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti agevola il finanziamento degli assicuratori interessati. È istituita inoltre la possibilità di esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione con modelli aziendali innovativi, sempre che la protezione degli assicurati rimanga garantita.

La modifica della legge aumenta l'attrattiva complessiva del settore assicurativo in Svizzera, tiene conto del principio dell'equivalenza dell'UE nel settore assicurativo e crea così opportunità di crescita. Non sorgono compiti e costi aggiuntivi a carico di Confederazione, Cantoni e Comuni.

Spiegazioni dettagliate sull'analisi dell'impatto della regolamentazione si trovano nell'allegato 1 al rapporto esplicativo⁵⁰.

7 Aspetti giuridici

La LSA (modificata) si rifà, come la LSA vigente, agli articoli 82 capoverso 1, 98 capoverso 3, 117 capoverso 1 e 122 capoverso 1 della Costituzione federale (RS 101). Le modifiche della LCStr si rifanno alle medesime basi giuridiche di questa stessa legge.

La presente modifica della LSA è conforme all'Accordo del 1989 tra la Svizzera e l'UE concernente l'assicurazione diretta (RS 961.1) e agli altri impegni internazionali della Svizzera. È altresì in linea con i principi chiave per una sorveglianza efficace sulle assicurazioni sviluppati dall'IAIS.

⁵⁰ www.admin.ch > Diritto federale > Consultazioni > Procedure di consultazione concluse > 2018 > DFF

7.1 Protezione dei dati

Il proposto articolo 42 capoverso 3 istituirà una base giuridica per permettere alla FINMA di trasmettere a terzi i dati presenti nel registro degli intermediari assicurativi non vincolati che è incaricata di tenere o di renderli accessibili a terzi con procedura di richiamo mediante un'interfaccia.

Con l'inserimento dei proposti articoli 82*i* e 83*c* vengono istituite le basi giuridiche affinché la FINMA, le persone soggette all'obbligo di affiliarsi a un organo di mediazione (intermediari assicurativi e imprese di assicurazione) e il DFF in quanto servizio di registrazione per gli organi di mediazione possano trasmettersi le informazioni non accessibili al pubblico di cui necessitano per l'adempimento dei loro compiti.

7.2 Deleghe di competenze legislative nuove o modificate

La proposta modifica della LSA contiene le seguenti deleghe di competenze legislative nuove o modificate:

- al Consiglio federale:
 - D-LSA: articoli 9*c*, 11 capoverso 2, 14*a* capoverso 3, 39*b* capoverso 3, 39*f*, 41 capoverso 4, 45*a*,
 - D-LFINMA: articolo 15 capoverso 2 lettera c,
- alla FINMA:
 - D-LSA: articoli 15 capoverso 2, 52*a* capoverso 4.

Per la motivazione delle deleghe di competenze legislative si rinvia ai commenti alle singole disposizioni.

Abbreviazioni

AP	avamprogetto
art.	articolo
CEDU	Convenzione europea dei diritti dell'uomo
cfr.	confronta
CO	Codice delle obbligazioni (RS 220)
consid.	considerando
CP	Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937 (RS 311.0)
cpv.	capoverso
D	disegno
DFF	Dipartimento federale delle finanze
DTF	Decisione del Tribunale federale
ECA	Export Credit Agencies
ed.	editore
ev.	eventualmente
FF	Foglio federale
FINMA	Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (www.finma.ch)
GU	Gazzetta ufficiale dell'Unione europea
IAIS	Association of Insurance Supervisors
ICP	Insurance Core Principals
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (RS 832.10)
LARE	Legge del 16 dicembre 2005 sull'assicurazione contro i rischi delle esportazioni (RS 946.10)
LBCR	Legge dell'8 novembre 1934 sulle banche (RS 952.02)
LCA	Legge del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (RS 221.229.1)
LCStr	Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale (RS 741.01)
LDIP	Legge federale del 18 dicembre 1987 sul diritto internazionale privato (RS 291)
LEF	Legge federale dell'11 aprile 1889 sulla esecuzione e sul fallimento (RS 281.1)
lett.	lettera
LFINMA	Legge del 22 giugno 2007 sulla vigilanza dei mercati finanziari (RS 956.1)

LInFi	Legge del 19 giugno 2015 sull'infrastruttura finanziaria (RS 958.1)
LIsFi	Legge del 15 giugno 2018 sugli istituti finanziari (RS 954.07)
LSA	Legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori (RS 961.01)
LSerFi	Legge del 15 giugno 2018 sui servizi finanziari (RS 950.1)
LVAMal	Legge del 26 settembre 2014 sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (RS 832.12)
n.	numero
n. marg.	numero marginale
OAV	Ordinanza del 20 novembre 1959 sull'assicurazione dei veicoli (RS 741.31)
OFA-FINMA	Ordinanza FINMA del 17 ottobre 2012 sul fallimento delle assicurazioni (RS 961.015.2)
OIB-FINMA	Ordinanza FINMA del 30 agosto 2012 sull'insolvenza bancaria (RS 952.05)
OS	Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza (RS 961.011)
OS-FINMA	Ordinanza FINMA del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle assicurazioni (RS 961.011.1)
OST	Ordinanza del 9 marzo 2007 sui servizi di telecomunicazione (RS 784.101.1)
p. es.	per esempio
PA	Legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (RS 172.021)
pag.	pagina
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
RS 0.961.1	Accordo del 10 ottobre 1989 tra la Confederazione Svizzera e la Comunità economica europea concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita (RS 0.961.1)
seg.	seguito
segg.	seguiti
SST	Test svizzero di solvibilità / Swiss Solvency Test
UE	Unione europea