



Berna, 21 ottobre 2020

Modifica della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA)

Confronto internazionale e analisi dell'impatto della regolamentazione

Indice

1	Compendio.....	3
2	Introduzione.....	4
2.1	Misure proposte.....	4
2.2	Misure accantonate	4
3	Sviluppi internazionali	5
3.1	Principi chiave di IAIS applicabili a livello internazionale.....	5
3.1.1	Quadro comune per la vigilanza sui gruppi assicurativi attivi a livello internazionale (ComFrame)	5
3.1.2	Risanamento delle imprese di assicurazione	6
3.1.3	Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti.....	7
3.1.4	Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi	7
3.2	Confronto con il diritto internazionale e rapporto con il diritto europeo.....	8
3.2.1	Risanamento di imprese di assicurazione	8
3.2.2	Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti	11
3.2.3	Sorveglianza sulle succursali dei riassicuratori esteri.....	12
3.2.4	Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi	12
4	Ripercussioni per l'economia svizzera	15
4.1	Il mercato delle assicurazioni e dell'intermediazione assicurativa	15
4.2	Costi e benefici delle principali misure	16
4.2.1	Risanamento delle imprese di assicurazione	16
4.2.2	Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti	18
4.3	Ripercussioni per i gruppi interessati	19
4.3.1	Clienti di intermediari assicurativi	19
4.3.2	Assicuratori diretti e riassicuratori	20
4.3.3	Intermediari assicurativi non vincolati.....	21
4.3.4	Intermediari assicurativi vincolati.....	23
4.3.5	Organi di mediazione nel settore assicurativo	23
4.3.6	Imprese di assicurazione con modelli aziendali innovativi	24
4.3.7	FINMA	24
4.3.8	Confederazione, Cantoni e Comuni	25
4.4	Ripercussioni per la piazza economica svizzera e la concorrenza.....	25
4.4.1	Attrattiva della piazza economica e crescita macroeconomica	25
4.4.2	Ripercussioni per la concorrenza	25
4.5	Adeguatezza dell'esecuzione	25

Indice delle figure e delle tabelle

Figura 1: Numero di assicurazioni oggetto di sorveglianza per ramo (al 2019)	15
---	-----------

1 Compendio

Stando ai dati di fine 2019, la modifica della legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA; RS 961.01) interessa direttamente 204 imprese di assicurazione sottoposte alla sorveglianza dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA), tutti gli intermediari assicurativi vincolati e non vincolati, i loro clienti nonché i creditori. Le modifiche proposte rientrano nel quadro posto dall'Associazione internazionale degli organi di vigilanza nel settore assicurativo (IAIS) con i principi chiave per una sorveglianza efficace sulle assicurazioni (*Insurance Core Principles*, ICP) e tengono parimenti conto dei requisiti di equivalenza dell'Unione europea (UE) in materia di regolamentazione delle assicurazioni.

L'introduzione di una regolamentazione del risanamento offre agli assicuratori un'alternativa alla procedura di fallimento, 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. Nel contempo, gli assicurati (e i riassicurati) vengono privilegiati nella gerarchia dei creditori, a scapito dei creditori della terza classe.

Per i privati viene rafforzata la protezione del cliente nell'ambito dell'intermediazione assicurativa non vincolata, poiché gli intermediari assicurativi di tutti i rami devono scegliere se essere vincolati o non vincolati. Gli intermediari non vincolati devono altresì pubblicare ogni tipo di indennità percepita e garantire un'attività irreprensibile secondo le prescrizioni della FINMA. Inoltre, in conformità con la legge del 15 giugno 2018 sui servizi finanziari (LSerFi; RS 950.1) e al fine di rafforzare la protezione del cliente, tutti i fornitori di servizi di intermediazione assicurativa devono essere affiliati a un organo di mediazione e le assicurazioni sulla vita qualificate sono chiamate al rispetto di ulteriori obblighi d'informare. Infine, gli intermediari assicurativi vincolati non hanno più la possibilità di iscriversi volontariamente nel registro della FINMA, possono tuttavia continuare a iscriversi in registri gestiti privatamente.

Le misure previste per la protezione del cliente comportano per gli intermediari assicurativi non vincolati e i fornitori di assicurazioni sulla vita qualificate degli oneri supplementari sul piano amministrativo. Un ulteriore aggravio riguarda circa 30 imprese di assicurazione, per lo più di piccole dimensioni, che ora sono tenute all'esecuzione di una revisione interna. Le assicurazioni in questione possono scegliere se istituire un servizio di revisione interno o affidare un mandato corrispondente a operatori del mercato. La revoca della competenza della FINMA di esonerare imprese di assicurazione dall'obbligo di revisione interna è legata all'obiettivo di rispetto delle prescrizioni in materia di equivalenza dell'UE. Inoltre, le succursali di riassicuratori esteri ora devono sottoporsi alla vigilanza della FINMA se una normativa di livello internazionale lo provvede. L'introduzione di una regolamentazione del risanamento non genera nessun onere supplementare diretto per gli assicuratori.

D'altra parte, l'abolizione dell'obbligo di detenere un patrimonio vincolato per clienti istituzionali 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 per la FINMA di esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione con modelli aziendali innovativi, sempre che la protezione degli assicurati sia garantita.

La modifica di legge aumenta nel complesso l'attrattiva del settore assicurativo in Svizzera, tiene conto dell'obiettivo di rispetto dell'equivalenza dell'UE nel settore assicurativo e produce in questo modo opportunità di crescita. Ciò non implica compiti o costi supplementari a carico di Confederazione, Cantoni e Comuni.

2 Introduzione

2.1 Misure proposte

La LSA disciplina dal 2006 la sorveglianza della Confederazione sulle imprese di assicurazione e sugli intermediari assicurativi. Finora è stata oggetto di modifiche puntuali. Negli ultimi anni, tuttavia, alcune parti della legge hanno presentato la necessità di una modifica più approfondita.

Per esempio, a differenza di quanto avviene per le banche, tuttora la LSA non prevede per le imprese di assicurazione una specifica regolamentazione del risanamento. Il progetto attuale mira a introdurre nella LSA una regolamentazione del risanamento che consenta alle imprese di assicurazione, se del caso, di optare per il risanamento anziché direttamente per la liquidazione. Questa possibilità salvaguarda in particolare gli interessi degli stipulati nei casi di insolvenza. Allo stesso tempo, al Consiglio federale viene conferita la competenza di stabilire importanti parametri e principi riguardanti prescrizioni dettagliate in materia di solvibilità delle imprese di assicurazione. Data l'importanza di tali prescrizioni, si ritiene che il livello normativo opportuno sia l'ordinanza e non la circolare emessa dall'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA).

Dalla prassi è inoltre emersa l'esigenza, per le imprese di assicurazione i cui clienti rientrano nella categoria dei professionisti, di concedere agevolazioni in merito alla sorveglianza conformemente al principio di proporzionalità. Per la prima volta almeno nello spazio europeo viene introdotta nel diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori una categorizzazione dei clienti che consente alle imprese di assicurazione di usufruire di determinate agevolazioni in particolare laddove i loro unici partner contrattuali siano clienti professionisti che non necessitano di particolare protezione. Le imprese che presentano modelli aziendali particolarmente innovativi e moderni che rispettano le esigenze di protezione degli assicurati, potranno essere completamente esonerate dalla sorveglianza, osservando determinate condizioni ancora da emanare da parte del Consiglio federale.

Infine, nel quadro dei lavori legislativi riguardanti la LSerFi il Parlamento ha deciso che le norme di comportamento sancite nella LSerFi non si applicano direttamente alle imprese di assicurazione, bensì devono essere inserite nella LSA. Pertanto, 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 d'investimento. Rientrano tra queste norme la verifica dell'appropriatezza come requisito necessario per l'intermediazione di assicurazioni sulla vita qualificate e la successiva documentazione di tale verifica. Oltre a ciò, gli intermediari assicurativi non vincolati devono informare gli stipulanti riguardo alle indennità connesse alla fornitura del servizio. Gli intermediari assicurativi, inoltre, non possono più operare simultaneamente come intermediari vincolati e non vincolati e devono essere affiliati a un organo di mediazione indipendente.

Parallelamente, alla legge sono state apportate modifiche di minore portata, rivelatesi opportune nel corso dei lavori. Dal punto di vista formale, l'introduzione dei titoli delle sezioni ha conferito alla LSA una struttura più chiara che ha migliorato notevolmente la leggibilità del testo di legge.

2.2 Misure accantonate

Controllo preventivo delle tariffe e vigilanza sugli abusi

Nel corso dei lavori preliminari alla presente revisione è stata valutata la possibilità di allentare il controllo preventivo delle tariffe e, conseguentemente, di limitare il mandato legale della FINMA di proteggere gli assicurati dagli abusi compiuti dagli assicuratori. Tuttavia è emerso che tali misure esulano dal quadro della presente revisione e richiederebbero una riforma di ampia portata. Diversamente, gli assicuratori non avrebbero alcuna diminuzione dei costi.

Cerchia dei clienti professionisti

Nel contesto della modifica della LSA è stato vagliato anche un possibile ampliamento della cerchia delle imprese classificabili come clienti professionisti, così da permettere anche alle imprese più grandi senza una gestione professionale del rischio di rientrare in tale categoria.

Conoscenze richieste agli intermediari

Nelle consultazioni in merito alla formazione e alla formazione continua, il Parlamento ha respinto l'idea di una regolamentazione dettagliata all'interno della LSerFi e della legge del 15 giugno 2018 sugli istituti finanziari (RS 954.1). L'articolo 6 LSerFi prevede unicamente che i consulenti alla clientela dispongano di conoscenze adeguate delle norme di comportamento e delle conoscenze specialistiche necessarie per la loro attività. Questa volontà esplicita del legislatore di garantire un certo margine di discrezionalità per i fornitori di servizi finanziari viene rispettato dal Consiglio federale e dalle autorità anche nella regolamentazione dell'attività assicurativa. Di conseguenza non si definiscono aspettative in merito all'assolvimento di un numero minimo di ore di formazione e formazione continua nell'arco di un anno o simili che valgano per tutti gli intermediari assicurativi. Il disciplinamento finora sancito dalla legge viene mantenuto e quindi ripreso senza variazioni.

Oltre al disciplinamento sulle conoscenze degli intermediari stabilito per legge, è stata valutata anche la possibilità di conferire al Consiglio federale la competenza di rendere obbligatori per tutti gli intermediari assicurativi i requisiti di formazione e formazione continua mediante apposita dichiarazione – e ciò in analogia alle norme di diritto del lavoro sancite nella legge federale del 28 settembre 1956 concernente il conferimento del carattere obbligatorio generale al contratto collettivo di lavoro (RS 221.215.311). Questa variante è stata però ritenuta incostituzionale e quindi accantonata.

3 Sviluppi internazionali

3.1 Principi chiave di IAIS applicabili a livello internazionale

L'Associazione internazionale degli organi di vigilanza nel settore assicurativo («International Association of Insurance Supervisors», IAIS) pubblica i principi chiave da adottare per una sorveglianza efficace degli assicuratori («Insurance Core Principles», ICP). Si tratta di raccomandazioni applicabili in tutto il mondo per definire la regolamentazione e la sorveglianza nazionale degli assicuratori. Il Fondo monetario internazionale verifica il rispetto dei suddetti principi chiave ogni quattro anni nell'ambito del «Financial Sector Assessment Program» (FSAP). La revisione della LSA intende considerare in maggior misura possibile queste raccomandazioni.

3.1.1 Quadro comune per la vigilanza sui gruppi assicurativi attivi a livello internazionale (ComFrame)

Negli ultimi anni l'IAIS ha sviluppato per la prima volta un quadro comune per la vigilanza sui gruppi assicurativi attivi a livello internazionale («Common Framework for the Supervision of Internationally Active Insurers», ComFrame), adottandone i principi nel novembre 2019. Il disciplinamento ComFrame si compone di una serie di requisiti quantitativi e qualitativi in materia di vigilanza che variano in base alla complessità e all'orientamento internazionale dei gruppi assicurativi. I requisiti quantitativi sono fissati nel nuovo standard di capitale globale («Insurance Capital Standard», ICS) per le imprese di assicurazione. Durante una fase di monitoraggio quinquennale, che inizierà nel 2020, le autorità di vigilanza dovranno innanzitutto controllare i calcoli relativi all'ICS degli assicuratori interessati, senza tuttavia prendere conseguenti provvedimenti di vigilanza. Solo al termine della fase di monitoraggio e dopo una consultazione pubblica, l'IAIS deciderà se introdurre definitivamente lo standard ICS come standard minimo internazionale. I requisiti qualitativi sono incentrati su aspetti di vigilanza che spa-

ziano dall'identificazione dei gruppi, alla gestione del rischio, al governo d'impresa e alla collaborazione internazionale. Ad eccezione dei requisiti di solvibilità relativamente bassi previsti dall'ICS, la Svizzera ha sostenuto i lavori intrapresi finora in relazione al ComFrame.

3.1.2 Risanamento delle imprese di assicurazione¹

L'ICP 12 «Exit from the Market and Resolution» formula alcune raccomandazioni sull'uscita volontaria dal mercato e sulla liquidazione degli assicuratori. Secondo questo principio chiave, gli assicuratori devono essere protetti in tutte le fasi della liquidazione (standard 12.1 e 12.2). I fattori all'origine di una liquidazione possono essere diversi. Per esempio, il mancato rispetto delle esigenze in materia di capitale minimo, gravi violazioni degli obblighi di sorveglianza o un'elevata probabilità che i crediti degli assicurati non vengano soddisfatti (standard 12.6) possono comportare il divieto di stipulare nuovi contratti e quindi l'avvio di una procedura di liquidazione. Un'ulteriore causa di liquidazione può essere l'accertato fallimento di alcuni provvedimenti che avrebbero dovuto garantire la sopravvivenza dell'impresa di assicurazione. Si possono quindi immaginare anche cause che precedono una fattispecie di insolvenza. Il disegno di legge prende in esame le circostanze in cui sia lecito temere un indebitamento eccessivo o problemi di liquidità. Entrambe le situazioni possono essere definite sulla base di criteri ben precisi, e il concetto di «fondati timori» consente di intervenire con un certo margine di discrezionalità, come prevedono gli ICP.

Misure di risanamento

Secondo la guidance 12.7.4, le autorità che si occupano della liquidazione devono disporre di ampi strumenti di intervento. Lo standard 12.7 elenca anche tutta una serie di possibili interventi, segnatamente il trasferimento dell'effettivo degli assicurati a un'impresa di assicurazione solvibile o a un'altra persona giuridica, o la riduzione dei crediti. Il disegno di legge prevede per la FINMA la possibilità di intervenire nei contratti di assicurazione; gli ICP appoggiano tale eventualità poiché talune possibilità suggerite riguardano, nel concreto, interventi considerevoli nei contratti di assicurazione esistenti. A tale proposito, lo standard 12.7 cita esplicitamente la disdetta di contratti o il cambiamento del partner contrattuale in caso di trasferimento dell'effettivo a un assicuratore diverso. In aggiunta a ciò, in Svizzera le possibilità di intervento devono essere compatibili con lo strumento del patrimonio vincolato, generalmente non previsto a livello internazionale. Gli interventi nei contratti di assicurazione hanno tuttavia già trovato definizione in altre Giurisdizioni (p. es. in Giappone).

Priorità alle pretese degli assicurati

Lo standard 12.9 assegna un alto livello di priorità alle pretese degli assicurati in fase di liquidazione. Tale trattamento privilegiato viene tuttavia limitato dalla priorità dei costi della liquidazione, dei crediti del personale, dei crediti delle autorità fiscali, dei crediti degli istituti delle assicurazioni sociali e dei diritti di pegno. Ciò fa sì che il numero delle pretese che prevalgono sui crediti degli assicurati sia maggiore nella guidance 12.9.1 che non nel disegno di legge, il quale attribuisce alla protezione degli assicurati un'importanza leggermente maggiore rispetto agli ICP.

I crediti derivanti da contratti di assicurazione nei confronti di riassicuratori e assicuratori industriali si collocano a un livello intermedio nel testo della modifica. Nella gerarchia seguono infatti i crediti degli assicurati derivanti da contratti di assicurazione diretta ma precedono i crediti della terza classe. Questa posizione intermedia è conforme alla guidance 12.9.1, che richiede un trattamento prioritario degli stipulanti rispetto ai consueti creditori non protetti.

¹ Il presente disegno di legge è compatibile con i «Key Attributes of Effective Resolution» del Financial Stability Board e segnatamente con il principio del «No creditor worse off than in liquidation». Non essendoci in Svizzera assicuratori di rilevanza sistemica, il disegno non contiene però nessuna norma specifica per questi casi.

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

Un sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti, come quello previsto nella modifica della LSA, rappresenta una novità sul piano internazionale. Gli ICP operano una distinzione in base alle differenti esigenze di protezione dei clienti privati e di quelli professionisti esclusivamente nell'attività di intermediazione (guidance 18.10.10). Inoltre, dato che gli ICP non richiedono il medesimo livello di protezione per tutti i clienti, il presente disegno di legge corrisponde alle loro raccomandazioni.

3.1.4 Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi

L'ICP 18 «Intermediaries» sancisce l'*obbligo di licenza* (standard 18.1), attuabile anche sotto forma di registrazione. Essendo basato sulla tenuta di registri, il sistema svizzero è quindi compatibile con gli ICP. Questi prevedono esplicitamente che gli intermediari vincolati possono essere registrati con la licenza dei rispettivi assicuratori (guidance 18.1.2). Di conseguenza, anche la licenza o registrazione esclusiva degli *intermediari non vincolati* proposta dalla revisione della LSA è conforme all'ICP 18.

Lo standard 18.3 stabilisce alcune raccomandazioni sulla *formazione e formazione continua* degli intermediari assicurativi. Le autorità di sorveglianza devono quindi richiedere un livello adeguato di conoscenze professionali ed esperienza, integrità e competenze. Le conoscenze specialistiche devono essere conformi alla complessità dei prodotti offerti e alle esigenze della clientela ed essere sempre aggiornate. Anche se il presente disegno di legge è conforme agli ICP nel sancire il requisito per gli intermediari assicurativi in merito alle necessarie competenze e conoscenze, non pone alcuna condizione in merito all'aggiornamento delle conoscenze specialistiche.

L'ICP 19 regola in modo rigido l'*obbligo d'informare* (pre-)contrattuale. Scopo di tale raccomandazione è garantire che il cliente comprenda davvero le informazioni che riceve. Concretamente, quale possibile misura di attuazione viene descritto in particolare l'uso di un foglio informativo di base (guidance 19.7.7), il cui obiettivo è garantire la confrontabilità tra prodotti concorrenti. L'introduzione di un foglio informativo di base nel quadro della modifica della LSA è quindi in linea con le disposizioni dell'ICP 19. Va anche detto che gli ICP non richiedono il maggior numero possibile di informazioni, bensì informazioni di buona qualità.

L'ICP 18 richiede l'eliminazione o la dichiarazione di eventuali *conflitti d'interessi* degli intermediari, i quali devono comunicare se operano su mandato di una o più imprese di assicurazione oppure come soggetti indipendenti (guidance 18.5.8). Inoltre, l'ICP 18 prevede esplicitamente la pubblicazione di tasse ed emolumenti. La presente modifica di legge impone pertanto l'obbligo di comunicare esplicitamente le indennità che gli intermediari non vincolati ricevono da soggetti terzi. L'informazione deve indicare la natura e l'entità delle indennità ed essere comunicata prima della fornitura del servizio o prima della conclusione del contratto. Il disegno di legge è quindi conforme agli ICP.

L'ICP 18 richiede alle autorità di sorveglianza di svolgere una *vigilanza sugli abusi* compiuti dagli intermediari assicurativi. Gli ICP (guidance 18.2.12) ammettono anche una forma di sorveglianza puramente indiretta sugli intermediari assicurativi vincolati. Laddove necessario, ai sensi dello standard 18.7 le autorità di sorveglianza devono poter intervenire nei confronti degli intermediari assicurativi in possesso di licenza. Il rafforzamento della vigilanza sugli abusi previsto dal disegno di legge migliora quindi la compatibilità con gli ICP.

Lo standard 19.11 sottolinea l'importanza di una procedura alternativa per la risoluzione delle controversie tanto per le imprese di assicurazione quanto per gli intermediari assicurativi (p. es. un *organo di mediazione*). Raccomandazioni specifiche si trovano nelle guidance 19.11.9–19.11.11.

3.2 Confronto con il diritto internazionale e rapporto con il diritto europeo

Con la decisione delegata (UE) 2015/1602², la Commissione europea ha riconosciuto l'equivalenza tra il sistema di solvibilità e sorveglianza della Svizzera e il diritto europeo (di seguito «decisione sull'equivalenza»). Di conseguenza è stata riconosciuta integralmente e senza limiti di tempo l'equivalenza tra la regolamentazione delle assicurazioni e la relativa sorveglianza sugli assicuratori privati in Svizzera e la direttiva Solvibilità II vigente sul territorio dell'Unione europea (UE). La decisione sull'equivalenza ha semplificato l'attività dei gruppi assicurativi e riassicurativi svizzeri nello Spazio economico europeo (SEE), evitando svantaggi concorrenziali e doppioni in materia di sorveglianza. Tale decisione copre tre ambiti: le riassicurazioni, il calcolo della solvibilità e la sorveglianza sui gruppi assicurativi.

Per quanto concerne le riassicurazioni, il riconoscimento dell'equivalenza significa che i riassicuratori possono offrire i loro servizi ai clienti residenti nello SEE direttamente dalla Svizzera. Non è peraltro possibile imporre loro il deposito di cauzioni nello SEE come requisito per la sottoscrizione di accordi di riassicurazione con società con sede nello SEE. Le autorità di sorveglianza dello SEE devono trattare i contratti di riassicurazione alla stessa stregua di quelli dello SEE. Il riconoscimento dell'equivalenza produce quindi effetti positivi per gli assicuratori. Di minore importanza per la Svizzera è che grazie all'equivalenza i gruppi assicurativi con sede centrale nello SEE e partecipazioni o filiali in Svizzera, se calcolano la solvibilità del gruppo da presentare alle autorità di sorveglianza del gruppo applicando il cosiddetto «metodo della deduzione e dell'aggregazione», possono applicare a tali filiali i risultati del test svizzero di solvibilità (di seguito «test SST») anziché quelli previsti dalla direttiva Solvibilità II. Per quanto riguarda la sorveglianza di gruppi, i vantaggi possono essere percepiti dai gruppi e conglomerati assicurativi aventi la loro sede centrale in Svizzera e filiali nello SEE, poiché vengono esonerati da determinati aspetti della sorveglianza di gruppi nello SEE.

Il numero 25 della decisione sull'equivalenza conferisce alla Commissione europea la facoltà di rivalutare i contenuti della decisione stessa in qualsiasi momento, se l'evolversi della situazione lo richiede. La modifica della LSA persegue quindi anche l'obiettivo di rinnovare il rispetto delle prescrizioni in materia di equivalenza dell'UE.

3.2.1 Risanamento di imprese di assicurazione³

Diritto europeo

Per quanto riguarda il risanamento delle imprese di assicurazione, nel diritto europeo riveste particolare importanza la direttiva Solvibilità II⁴ entrata in vigore nel 2016.⁵ A livello nazionale, tuttavia, sono pochissimi gli Stati europei che dispongono di una regolamentazione del risanamento per le imprese di assicurazione, e in tali casi trova applicazione il diritto fallimentare nazionale. Scopo della direttiva UE è uniformare il riconoscimento delle procedure di insolvenza e delle misure di risanamento negli Stati membri dell'UE e determinare quale sia il diritto applicabile. Le questioni di diritto materiale non vengono quasi affrontate dalla direttiva Solvibilità II. Inoltre, per quanto riguarda il risanamento delle imprese di assicurazione il diritto europeo non pone nessun requisito in materia di equivalenza per gli Stati terzi (norme per gli Stati terzi). Per questi due motivi la compatibilità tra il disciplinamento svizzero e quello europeo in questo settore non è rilevante.

² Decisione delegata (UE) 2015/1602 della Commissione, del 5.6.2015, sull'equivalenza del regime di solvibilità e prudenziale per le imprese di assicurazione e riassicurazione in vigore in Svizzera, in conformità all'articolo 172, paragrafo 2, all'articolo 227, paragrafo 4, e all'articolo 260, paragrafo 3, della direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, GU L 248 del 24.9.2015.

³ Cfr. parere giuridico dell'Istituto svizzero di diritto comparato (ISDC) del 29.9.2017 sulla legislazione della vigilanza degli assicuratori nell'UE, in Germania, nei Paesi Bassi e negli Stati Uniti d'America.

⁴ Direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25.11.2009, in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e di riassicurazione, GU L 335 del 17.12.2009.

⁵ La Commissione europea prevede di avviare all'inizio del 2021 una riforma della direttiva Solvibilità II.

Misure di risanamento

Nel diritto europeo è possibile attuare misure di risanamento già prima del sopraggiungere di effettive condizioni di insolvenza. Qualora le misure avviate dall'autorità competente non perseguano già lo scopo della liquidazione dell'impresa di assicurazione, esse devono in primo luogo salvaguardare i diritti dei creditori, con particolare riferimento agli stipulanti. A tal fine la situazione finanziaria dell'impresa di assicurazione interessata va salvaguardata o riassetata mediante misure di risanamento adeguate (art. 268 par. 1 lett. c direttiva Solvibilità II). Occorre tuttavia osservare che la direttiva Solvibilità II non introduce alcuna disposizione specifica riguardo alle misure di risanamento e lascia invece agli Stati membri la libertà di determinare le modalità attuative. Quali misure concrete di risanamento, la direttiva indica soltanto l'elaborazione di un piano di risanamento (art. 138 par. 2 direttiva Solvibilità II) e di un piano di finanziamento (art. 139 par. 2 direttiva Solvibilità II). Come possibili misure di risanamento attuabili a livello nazionale, la direttiva elenca la sospensione dei pagamenti, la sospensione delle procedure di esecuzione e la riduzione dei crediti (art. 268 par. 1 lett. c direttiva Solvibilità II).

Priorità alle pretese derivanti da contratti di assicurazione

In riferimento al trattamento prioritario delle pretese derivanti da contratti di assicurazione, la direttiva permette agli Stati membri di scegliere fra tre opzioni (art. 275 direttiva Solvibilità II). Le pretese degli stipulanti possono quindi prevalere sulle altre pretese in modo assoluto oppure, nonostante il trattamento prioritario rispetto alle altre forme di credito, essere trattate in modo secondario rispetto alle pretese salariali, i crediti relativi alle assicurazioni sociali, i crediti fiscali e i diritti reali. Come terza possibilità, gli Stati membri possono privilegiare i costi legati alla liquidazione dell'impresa e farli prevalere sulle pretese degli stipulanti. La direttiva UE non prevede nessuna classificazione della clientela secondo la quale, in caso di insolvenza di un'impresa di assicurazione, i clienti commerciali godano di un livello di protezione inferiore. In altri termini, i crediti degli stipulanti professionisti vanno essenzialmente trattati allo stesso modo dei crediti dei clienti privati. Le pretese da riassicurazione, invece, sono esplicitamente escluse dal trattamento prioritario e passano in secondo piano rispetto alle pretese da contratti di assicurazione (art. 275 in combinato disposto con l'art. 268 par. 1 lett. g direttiva Solvibilità II). Come spiegato nell'opera menzionata in calce, potendo vedere soddisfatte le proprie pretese di creditori generali soltanto in seguito al completo risarcimento delle pretese di tutti gli stipulanti e di altre pretese connesse ad attività di assicurazione diretta, chi vanta un credito da riassicurazione si trova in una posizione di notevole svantaggio⁶.

Trattamento delle imprese multinazionali

Ai sensi delle prescrizioni della direttiva Solvibilità II e della direttiva sulla liquidazione forzata⁷, all'interno degli Stati dello SEE i casi di insolvenza vengono governati da due principi (art. 269, 273–274 direttiva Solvibilità II): il principio dell'unità e il principio dell'universalità. Secondo il primo, lo Stato in cui si trova la sede di un'impresa di assicurazione è l'unico competente ad avviare una procedura di insolvenza nei confronti dell'impresa in questione. Gli altri Stati membri sono tenuti a riconoscere tale procedura. Il principio dell'universalità determina, allo stesso tempo, che la procedura di insolvenza non riguardi soltanto la sede nazionale dell'impresa di assicurazione ma anche le succursali presenti negli altri Stati dello SEE. Se un'impresa ha la propria sede in uno Stato terzo, le varie succursali negli Stati membri vengono trattate come imprese di assicurazione indipendenti e pertanto equiparate alle imprese nazionali, con la conseguenza che il rispettivo Stato membro ha la facoltà di avviare una procedura di insolvenza nei confronti di una succursale⁸.

⁶ G. Moss et al., *EU Banking and Insurance Insolvency*, Oxford 2017, pag. 149.

⁷ Direttiva 2001/17/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 19.3.2001, in materia di risanamento e liquidazione delle imprese di assicurazione, GU L 110 del 20.4.2001.

⁸ In riferimento al trattamento delle imprese multinazionali, il legislatore tedesco ha accolto le prescrizioni europee recependo la normativa nel diritto nazionale.

Germania

Il diritto tedesco disciplina la materia del risanamento all'interno della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). La legge, tuttavia, approfondisce la materia a un livello di dettaglio minimo e coincide per molti versi con i dettami della direttiva Solvibilità II. Quindi anche in Germania lo scopo del risanamento è proteggere gli stipulanti, e di conseguenza l'autorità di sorveglianza tedesca è autorizzata a intraprendere le necessarie misure di risanamento non appena risulta evidente che l'impresa di assicurazione non è più in grado di adempiere ai propri obblighi in modo duraturo (art. 314 par. 1 VAG). Nel diritto tedesco, quindi, l'insolvenza accertata o imminente avvia la procedura di risanamento.

Misure di risanamento

Il diritto tedesco non descrive in dettaglio i singoli provvedimenti di risanamento, in quanto la legge prevede soltanto che l'autorità di sorveglianza ha la facoltà di adottare le misure necessarie (art. 314 par. 1 VAG). Tra queste vi sono, secondo puntuali prescrizioni legali, la letteratura del settore e la giurisprudenza, misure di diminuzione dei costi, aumenti dei premi o l'ingiunzione di abbandonare rami di attività che presentano tassi di sinistralità non favorevoli. L'autorità di sorveglianza può inoltre vietare temporaneamente l'esecuzione di qualsiasi pagamento da parte dell'impresa di assicurazione. Tra i pagamenti in questione vi possono essere in particolare le prestazioni assicurative, le ripartizioni di utili e, nel caso delle assicurazioni sulla vita, il riscatto o il prestito del certificato di assicurazione (polizza d'assicurazione) e i relativi anticipi. Inoltre, può ridurre la priorità degli impegni derivanti a un'impresa di assicurazioni sulla vita dai suoi contratti di assicurazione e procedere, se giustificato da circostanze particolari, in modo non uniforme. Il diritto tedesco giustifica la disparità di trattamento in particolare quando la criticità dell'impresa riguarda un gruppo di assicurazioni più di un altro (art. 314 par. 2 VAG). Se esistono riserve matematiche per i singoli contratti di assicurazione, prima vengono ridotte queste e in un secondo momento si ridefiniscono le somme assicurate. Se ciò non è possibile, si procede immediatamente alla riduzione delle somme assicurate. L'obbligo cui sottostanno gli stipulanti di continuare a versare le indennità assicurative negli importi precedenti non riguarda l'operazione di riduzione. Tutte le misure descritte possono essere limitate a un comparto indipendente del patrimonio di garanzia (art. 314 par. 3 VAG).

Priorità alle pretese derivanti da contratti di assicurazione

Il legislatore tedesco prevede, in caso di insolvenza, un trattamento prioritario tanto per le pretese dirette di stipulanti, beneficiari e terzi danneggiati nei confronti dell'impresa di assicurazione quanto per le pretese di rimborso dei premi (art. 315 par. 1 VAG). Poiché il diritto tedesco non prevede nessuna classificazione della clientela secondo la quale, in caso di insolvenza di un'impresa di assicurazione, i clienti commerciali godano di un livello di protezione inferiore, le pretese degli stipulanti privati e di quelli professionisti prevalgono in egual misura.

Paesi Bassi

Nei Paesi Bassi il risanamento e la liquidazione degli assicuratori sono trattati nella legge sul fallimento (Fw) e nella legge sulla sorveglianza finanziaria (Wft). Inoltre, attualmente nei Paesi Bassi è in fase di definizione una legge volta a disciplinare il risanamento e la liquidazione degli assicuratori (Whav). Anche nel diritto olandese il risanamento di un'assicurazione deve salvaguardare in primo luogo i diritti dei creditori, con particolare riferimento agli stipulanti. Tuttavia è prevista la possibilità di adottare misure di risanamento (procedure di esproprio) anche al fine di garantire la stabilità del sistema finanziario. Come nel diritto tedesco, la maggior parte delle misure consentite dal diritto olandese può essere avviata se è già possibile prevedere che l'impresa di assicurazione non sarà più in grado di soddisfare i propri obblighi in modo duraturo. Anche nel diritto olandese, quindi, l'insolvenza accertata o imminente avvia la procedura di risanamento. Un presupposto per l'avvio delle misure di risanamento è che siano già state valutate le disposizioni generali della direttiva Solvibilità II in materia di piano di risanamento (art. 3:135 Wft) e di piano di finanziamento (art. 3:136 Wft).

Misure di risanamento

Il diritto olandese si distingue per l'approfondito livello di dettaglio che caratterizza il disciplinamento legislativo di diversi provvedimenti di risanamento. Vi rientrano segnatamente il piano di trasferimento per il patrimonio dell'impresa (art. 3:159a segg. Wft), interventi nei contratti di assicurazione (art. 3:159o Wft), la procedura d'urgenza (art. 3:159ak segg. in combinato disposto con l'art. 3:161 Wft), le prescrizioni in materia di aiuti d'urgenza per gli assicuratori sulla vita (art. 3:149 segg. Wft) e la procedura di esproprio (art. 6:2 Wft). Il piano di trasferimento, la procedura d'urgenza e le prescrizioni in materia di aiuti d'urgenza per gli assicuratori sulla vita verranno comunque meno con l'entrata in vigore della Whav e saranno sostituiti da un ampio programma di risanamento e liquidazione per gli assicuratori. Tale programma comprenderà l'elaborazione di piani di emergenza da parte degli assicuratori e di piani di liquidazione da parte dell'autorità di sorveglianza. Inoltre, in futuro le autorità di sorveglianza potranno scegliere tra quattro diverse procedure: il «bail-in» di azionisti, creditori e stipulanti (proposta di art. 3A:93 Wft), il trasferimento dell'impresa (proposta di art. 3A:104 Wft), l'istituzione di una società di transizione (proposta di art. 3A:112 Wft) e la separazione di determinati valori patrimoniali (proposta di art. 3A:117 Wft). Ciò conferirà maggiore flessibilità alle misure di risanamento per le imprese di assicurazione anche nel diritto olandese. Con la nuova legge continuerà a essere possibile intervenire nei contratti di assicurazione per garantire il trasferimento dell'impresa, come pure espropriare le imprese di assicurazione insolventi con indennizzo a favore dei precedenti proprietari qualora si riscontri un rischio per la stabilità del sistema finanziario.

Priorità alle pretese derivanti da contratti di assicurazione

Fatta eccezione per i crediti garantiti da ipoteca o diritto di pegno, nei Paesi Bassi le pretese da contratti di assicurazione vengono trattate in modo prioritario insieme ai crediti salariali e simili (art. 213m Fw). Se i crediti non prevalgono a norma dell'articolo 213m Fw, in caso di insolvenza le pretese da contratti di assicurazione di stipulanti commerciali, come pure i crediti da riassicurazione (art. 231m Fw), vanno trattate come «altri crediti». Pertanto verranno compensate soltanto dopo i crediti prevalenti a norma dell'articolo 213m Fw e non avranno precedenza nemmeno su tutti gli altri creditori generali.

Trattamento delle imprese multinazionali

Come regola generale, i principi europei dell'unità e dell'universalità trovano applicazione anche nei Paesi Bassi. Detto questo, nel diritto olandese ogni possibile misura di risanamento si accompagna a una regolamentazione dettagliata, che in alcuni casi prevede eccezioni a tali principi a favore del principio della territorialità. Per esempio, in materia di insolvenza si prevede che le procedure di insolvenza estere relative ai patrimoni di succursali estere nei Paesi Bassi trovino efficacia soltanto se non impediscono ai creditori olandesi di far valere le proprie pretese su tali patrimoni.⁹

3.2.2 Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti¹⁰

La direttiva Solvibilità II non prevede la possibilità di orientare l'intensità della regolamentazione e della sorveglianza alle diverse esigenze di protezione degli assicurati (classificazione della clientela). Del resto non vi sono nemmeno norme che vietino a uno Stato membro di adottare una forma di classificazione della clientela. Per di più, per quanto riguarda l'adatta-

⁹ Hoge Raad (Corte suprema dei Paesi Bassi) 13.09.2013, ECLI:NL:HR:2013:BZ5668, NJ 2014/454 (Yukos); Hoge Raad 29.06.2012, ECLI:NL:HR:2012:BU5630, NJ 2012/424 (Yukos); Hoge Raad 24.10.1997, ECLI:NL:HR:1997:ZC2468, NJ 1999/316 (Gustafsen q.q./Mosk); Hoge Raad 31.05.1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2091, NJ 1998/108 (De Vleeschmeesters); Hoge Raad 02.06.1967, NJ 1968/16.

¹⁰ Cfr. parere giuridico dell'Istituto svizzero di diritto comparato (ISDC) del 29.9.2017 sulla legislazione della vigilanza degli assicuratori nell'UE, in Germania, nei Paesi Bassi e negli Stati Uniti d'America.

mento dell'intensità della regolamentazione e della sorveglianza alle diverse esigenze di protezione degli assicurati, il diritto europeo non formula alcuna regolamentazione di equivalenza per gli Stati terzi (norme per gli Stati terzi); ciò fa sì che la compatibilità tra la regolamentazione svizzera e quella europea in questo settore non sia rilevante. Mentre il diritto tedesco non prevede alcuna classificazione della clientela, il diritto olandese opera una distinzione tra stipulanti privati e commerciali nelle fattispecie di insolvenza, cosicché gli stipulanti e i dipendenti privati prevalgono sugli stipulanti commerciali nelle pretese relative al patrimonio dell'impresa di assicurazione insolvente (art. 213m Fw).

3.2.3 Sorveglianza sulle succursali dei riassicuratori esteri¹¹

Secondo la direttiva Solvibilità II, le succursali di riassicuratori con sede in uno Stato terzo sono soggette a un obbligo di autorizzazione e pertanto anche alla vigilanza dell'autorità nazionale competente (art. 162 par. 1 direttiva Solvibilità II). I riassicuratori esteri con sede in un altro Stato membro dell'UE, invece, non hanno bisogno di ricevere alcuna autorizzazione per le succursali dello Stato membro ospitante (art. 33 direttiva Solvibilità II). È sufficiente che l'impresa di assicurazione sia autorizzata a operare nel suo Stato di origine.

3.2.4 Norme di comportamento per gli intermediari assicurativi

Per quanto concerne il miglioramento della protezione del cliente e dunque delle norme di comportamento e di informazione, nel diritto europeo il settore assicurativo è disciplinato dalla direttiva (UE) 2016/97¹² sulla distribuzione assicurativa («Insurance Distribution Directive», IDD) e dal regolamento (UE) n. 1286/2014¹³ relativo ai documenti contenenti le informazioni chiave per i prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati («Packaged Retail and Insurance-based Investment Products», PRIIP) che gli Stati membri dell'UE devono recepire negli ordinamenti nazionali. I due testi non contengono alcuna regolamentazione di equivalenza per gli Stati terzi (norme per gli Stati terzi); ciò fa sì che dal punto di vista della decisione sull'equivalenza la compatibilità tra la regolamentazione svizzera e quella europea in questo settore non sia rilevante.

Direttiva sulla distribuzione assicurativa (IDD)

Entrata in vigore nel mese di gennaio 2016, l'IDD detta disposizioni relative all'inizio e allo svolgimento delle attività di distribuzione assicurativa e riassicurativa nell'UE (art. 1 IDD) e dal 1° ottobre 2018 deve essere recepita nell'ordinamento nazionale di tutti gli Stati membri. Per «distribuzione assicurativa» si intendono, ai sensi dell'articolo 2 IDD, «le attività consistenti nel fornire consulenza, proporre contratti di assicurazione o compiere altri atti preparatori relativi alla conclusione di tali contratti, ovvero collaborare, segnatamente in caso di sinistri, alla loro gestione ed esecuzione». La definizione comprende anche «la fornitura di informazioni, relativamente a uno o più contratti di assicurazione, sulla base di criteri scelti dal cliente tramite un sito Internet o altri mezzi e la predisposizione di una classifica di prodotti assicurativi, compresi il confronto tra il prezzo e il prodotto [...], se il cliente è in grado di stipulare direttamente o indirettamente un contratto di assicurazione tramite un sito Internet o altri mezzi». Al fine di migliorare la protezione degli assicurati e garantire condizioni di parità per tutti i partecipanti al mercato, dette attività rientrano ora nella definizione di «distribuzione assicurativa» anche se vengono effettuate da un'impresa di assicurazione o dal suo personale, oltre che da chi svolge un'attività di distribuzione assicurativa a titolo accessorio, ad esempio le agenzie di viaggio (art. 2 IDD).

¹¹ Cfr. parere giuridico dell'Istituto svizzero di diritto comparato (ISDC) del 29.9.2017 sulla legislazione della vigilanza degli assicuratori nell'UE, in Germania, nei Paesi Bassi e negli Stati Uniti d'America.

¹² Direttiva (UE) 2016/97 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20.1.2016, sulla distribuzione assicurativa, (rifusione), GU L 26 del 2.2.2016.

¹³ Regolamento (UE) n. 1286/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26.11.2014, relativo ai documenti contenenti le informazioni chiave per i prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati, GU L 352 del 9.12.2014.

Ai sensi della direttiva, i distributori di prodotti assicurativi sono assoggettati a determinati requisiti professionali e organizzativi e a obblighi di informazione, consulenza e documentazione. Infatti, le persone fisiche che operano come intermediari assicurativi e riassicurativi o come intermediari assicurativi a titolo accessorio devono essere iscritte in un registro pubblico (art. 3 par. 1 IDD). Per contro, le imprese di assicurazione e riassicurazione e il rispettivo personale non sottostanno all'obbligo di registrazione (art. 3 par. 1 IDD). Gli Stati membri possono comunque prevedere che gli intermediari assicurativi e riassicurativi e gli intermediari assicurativi a titolo accessorio debbano essere iscritti nel registro da un'impresa di assicurazione per cui lavorano o da un intermediario assicurativo o riassicurativo che rappresentano (art. 3 par. 1 IDD). Gli intermediari iscritti nel registro devono soddisfare in modo costante i requisiti professionali e organizzativi descritti di seguito (art. 3 par. 4 IDD).

I distributori di prodotti assicurativi e riassicurativi, compreso il personale delle imprese di assicurazione e riassicurazione che svolgono attività di distribuzione assicurativa o riassicurativa, devono infatti possedere *adeguate cognizioni e capacità* per svolgere le proprie funzioni e ottemperare ai propri obblighi in maniera adeguata (art. 10 par. 1 IDD). Ciò significa che ogni anno devono essere attestate almeno 15 ore di formazione o formazione continua (art. 10 par. 2 IDD). I necessari requisiti minimi di conoscenza e competenza professionale sono dettagliati nell'allegato I IDD per le assicurazioni dei rami non vita, i prodotti di investimento assicurativi e le assicurazioni sulla vita. Le persone che lavorano per un'impresa di assicurazione o riassicurazione o per un intermediario assicurativo o riassicurativo svolgendo attività di distribuzione assicurativa o riassicurativa devono possedere il requisito dell'*onorabilità*. Non devono avere *nessuna iscrizione nel casellario giudiziale* e non devono essere *mai state dichiarate fallite*, salvo che sia intervenuta la riabilitazione a norma del diritto nazionale (art. 10 par. 3 IDD). Gli intermediari assicurativi e riassicurativi devono essere in possesso di un'*assicurazione di responsabilità civile professionale* o di analoga garanzia per un importo di almeno 1 250 000 euro per ciascun sinistro e di 1 850 000 euro l'anno globalmente per tutti i sinistri (art. 10 par. 4 IDD). Le imprese di assicurazione e riassicurazione istituiscono, mantengono e aggiornano i registri di tutta la pertinente documentazione relativa alla formazione e formazione continua e all'onorabilità del loro personale che svolge attività di distribuzione assicurativa o riassicurativa, come pure degli intermediari assicurativi e del relativo personale (art. 10 par. 8 IDD).

Inoltre sono stati ampliati gli obblighi di informazione e condotta per i distributori di prodotti assicurativi. In particolare, in relazione alla distribuzione di prodotti assicurativi non vita, devono essere forniti documenti informativi standardizzati contenenti le informazioni pertinenti sui prodotti assicurativi (art. 20 par. 5 IDD). Tali documenti devono essere redatti dal soggetto che realizza il prodotto (art. 20 par. 6 IDD), tenendo conto della complessità del prodotto assicurativo e del tipo di cliente (art. 20 par. 4 IDD). Tuttavia, nel caso di clienti professionali, le esigenze informative sono minori. Inoltre, prima di concludere un contratto di assicurazione il distributore è tenuto a comunicare se un operatore è vincolato o non vincolato (art. 18 IDD), eventuali conflitti d'interessi nonché la fonte e il tipo dell'indennità percepita (art. 19 IDD). Quest'ultimo requisito vale anche per il personale delle imprese di assicurazione. Qualora venga fornita una consulenza prima della vendita di un prodotto assicurativo, oltre al dovere di specificare le richieste e le esigenze del cliente, è opportuno che questi riceva una raccomandazione personalizzata contenente i motivi per cui un determinato prodotto sarebbe più indicato a soddisfare le sue richieste ed esigenze assicurative (art. 20 par. 1 IDD).

Le norme di comportamento che gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione devono seguire nella vendita dei prodotti di investimento assicurativi devono essere raffrontabili a quelle delle imprese di investimento secondo la direttiva MiFID II. Per questo motivo l'IDD prescrive le informazioni sui costi del servizio di distribuzione che gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazioni sono tenuti a fornire. Oltre alle informazioni che devono figurare nel documento contenente le informazioni chiave ai sensi del regolamento PRIIP, i distributori di prodotti di investimento assicurativi dovrebbero mettere a disposizione informazioni aggiuntive che specifichino gli eventuali costi di distribuzione non compresi fra quelli indicati in tale

documento. In questo modo si vuole garantire che il cliente possa avere un'idea dell'effetto cumulativo di questi costi aggregati sul rendimento dell'investimento (art. 29 par. 1 IDD). Inoltre, il distributore di prodotti assicurativi deve raccogliere le informazioni necessarie in merito alle conoscenze ed esperienze che il cliente o potenziale cliente possiede nell'ambito dell'investimento rilevante per lo specifico tipo di prodotto o servizio. Deve altresì accertare la situazione finanziaria del cliente, inclusa la sua capacità di sostenere perdite. Parimenti devono essere chiari gli obiettivi di investimento del cliente, inclusa la sua tolleranza al rischio, affinché l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione possano raccomandare al cliente o potenziale cliente i prodotti di investimento assicurativi adatti a lui e adeguati alla sua tolleranza al rischio e alla sua capacità di sostenere perdite (art. 30 par. 1 IDD).

La direttiva IDD stabilisce inoltre che le autorità competenti dovrebbero essere autorizzate a irrogare sanzioni pecuniarie sufficientemente elevate da annullare i benefici effettivi o potenziali e da essere dissuasive anche per gli enti di maggiori dimensioni e per i loro dirigenti. Deve essere prevista altresì la possibilità di irrogare sanzioni come una dichiarazione pubblica indicante la persona fisica o giuridica responsabile e la cancellazione dell'iscrizione nel registro degli intermediari (art. 33 par. 2 IDD).

Sebbene la direttiva IDD non contenga prescrizioni in materia di equivalenza per gli Stati terzi (norme per gli Stati terzi), nell'Accordo del 19 dicembre 1996¹⁴ tra la Confederazione Svizzera e il Principato del Liechtenstein concernente l'assicurazione diretta e l'intermediazione assicurativa, che si basa sull'ipotesi di ordinamenti giuridici comparabili, i requisiti sanciti dalla direttiva in questione sono di estrema rilevanza anche per la Svizzera. Qualora i requisiti svizzeri differissero da quelli della direttiva IDD, tale ipotesi potrebbe venire meno. Perciò è presumibile che la modifica della LSA condurrà anche a una modifica dell'Accordo summenzionato.

Prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati (PRIIP)

Per garantire una maggiore protezione degli investitori, a seguito della crisi finanziaria il Parlamento europeo e il Consiglio hanno emanato il 26 novembre 2014 il regolamento PRIIP, applicabile dal 1° gennaio 2018 direttamente negli Stati membri. Per facilitare ai piccoli investitori (di seguito «investitori al dettaglio» come da regolamento) la comprensione dei prodotti finanziari complessi, da quella data gli ideatori di prodotti finanziari sono tenuti a redigere documenti contenenti le informazioni chiave relative ai loro prodotti (art. 1 PRIIP) da presentare agli investitori durante la vendita di prodotti di investimento. Questa misura intende consentire agli investitori al dettaglio di comprendere e raffrontare le caratteristiche e i rischi chiave dei prodotti offerti (art. 1 PRIIP). Il documento contenente le informazioni chiave consiste al massimo di tre pagine A4 e riassume le principali informazioni di cui gli investitori hanno bisogno per prendere una decisione su un prodotto con cognizione di causa (art. 6 par. 4 PRIIP). Tali regole valgono per i prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati o PRIIP (art. 1 regolamento PRIIP). Questo regolamento definisce un «prodotto di investimento assicurativo» come «un prodotto assicurativo che presenta una scadenza o un valore di riscatto e in cui tale scadenza o valore di riscatto è esposto in tutto o in parte, in modo diretto o indiretto, alle fluttuazioni del mercato» (art. 4 n. 2 PRIIP). Rientrano segnatamente in questa categoria le assicurazioni sulla vita con formazione di capitale e vincolate a fondi. Sebbene nemmeno il regolamento PRIIP contenga prescrizioni in materia di equivalenza per gli Stati terzi (norme per gli Stati terzi), i requisiti ivi sanciti sono di estrema rilevanza per la Svizzera alla luce dell'Accordo tra la Svizzera e il Liechtenstein.

¹⁴ RS 0.961.514

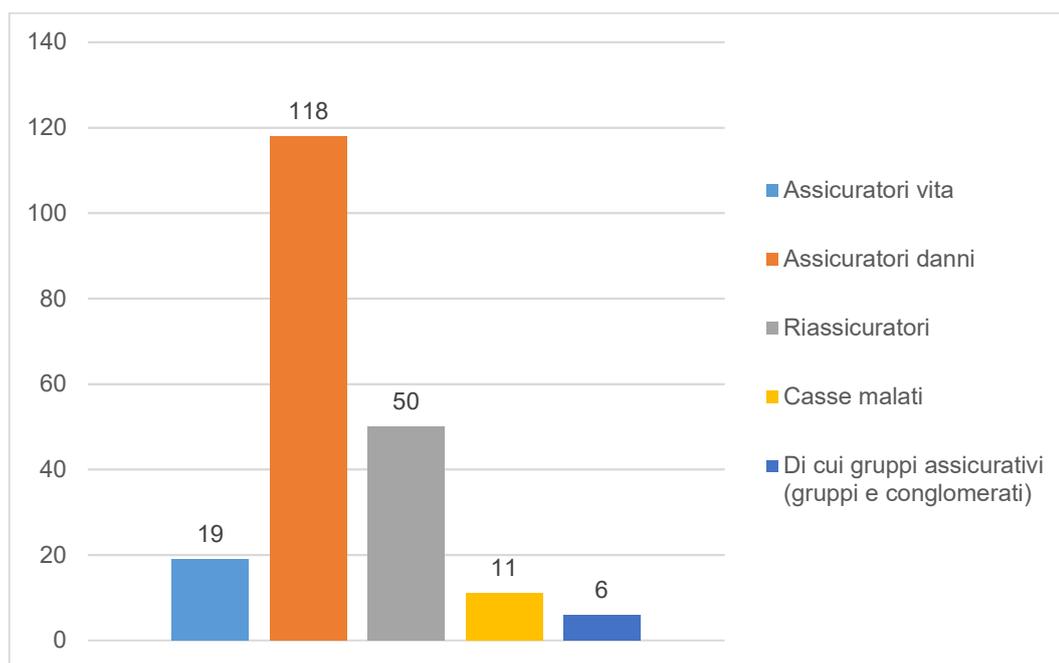
4 Ripercussioni per l'economia svizzera

4.1 Il mercato delle assicurazioni e dell'intermediazione assicurativa

Il settore assicurativo in Svizzera

Alla fine del 2019 la FINMA sorvegliava 204 imprese di assicurazione in Svizzera. Più della metà erano attive nel ramo dell'assicurazione contro i danni (cfr. Figura 1). Negli ultimi cinque anni il settore assicurativo ha incrementato complessivamente per oltre il 5 per cento la sua capacità di generare valore aggiunto (2018: 30,5 mia. di fr.). La cifra si situa al di sopra della media della crescita economica totale. Mentre per le assicurazioni sulla vita e contro i danni sono solitamente le attività commerciali nazionali a costituire la fetta più consistente, i riassicuratori presentano un orientamento più globale e ricevono più del 40 per cento dei loro premi assicurativi dall'America settentrionale. Secondo uno studio del 2016 condotto dai ricercatori dell'Università di San Gallo Biener, Eling e Wirfs¹⁵, l'internazionalizzazione – segnatamente nel comparto riassicurativo – è il principale motivo che spiega gli incrementi dell'efficienza e la maggiore produttività delle assicurazioni svizzere negli ultimi anni. Un secondo motivo risiede nello sfruttamento, da un lato di effetti di scala da parte dei maggiori operatori, dall'altro di effetti di specializzazione con concentrazione su nicchie di mercato da parte degli operatori minori. Secondo lo studio citato, invece, un grado di indebitamento maggiore produce effetti negativi sull'efficienza degli assicuratori di tutti i rami.

Figura 1: Numero di assicurazioni oggetto di sorveglianza per ramo (al 2019)



Fonte: FINMA.

Gli intermediari assicurativi in Svizzera

Le persone che esercitano attività di intermediazione assicurativa possono presentarsi sul mercato in forma indipendente o come dipendenti di un intermediario assicurativo non collegato a un'impresa di assicurazione (intermediari assicurativi non vincolati), oppure come operatori dipendenti o indipendenti collegati a un'impresa di assicurazione (intermediari assicurativi vincolati). Lo status di intermediario vincolato o non vincolato può cambiare nel tempo, nel momento in cui un intermediario decida di passare dall'attività indipendente a un rapporto di

¹⁵ C. Biener, M. Eling e J. Wirfs, «The determinants of efficiency and productivity in the Swiss insurance industry», in *European Journal of Operational Research*, 2016, pag. 703–714.

impiego con un'assicurazione o viceversa. Solitamente, gli intermediari assicurativi non vincolati e molti di quelli vincolati sono piccole e medie imprese.

La quantità di dati statistici disponibili sugli intermediari assicurativi è minore rispetto a quella sulle imprese di assicurazione. Secondo quanto indicato dalla FINMA, attualmente il suo registro degli intermediari assicurativi non vincolati conta circa 6800 iscrizioni di operatori svizzeri e circa 700 iscrizioni di intermediari assicurativi non vincolati esteri. Oltre agli intermediari assicurativi non vincolati, quasi 8700 intermediari assicurativi vincolati (principalmente collaboratori del servizio esterno di imprese di assicurazioni) si sono avvalsi della possibilità di farsi iscrivere volontariamente nel registro della FINMA. Circa 1400 intermediari non vincolati su 6800 iscritti nel registro tenuto dalla FINMA sono collegati a una delle oltre 80 persone giuridiche che fanno parte dell'Associazione svizzera dei broker assicurativi (SIBA). Si tratta solitamente di imprese classificabili come intermediari assicurativi non vincolati da medi a grandi che gestiscono una clientela (aziendale) professionale. Esiste inoltre l'ACA, un'associazione di broker della Svizzera francese che conta 65 persone giuridiche e 350 persone fisiche iscritte nel registro della FINMA. Tutti gli altri – e quindi la gran maggioranza degli intermediari assicurativi non vincolati (in particolare i più piccoli) – non sono affiliati ad alcuna organizzazione del settore.

4.2 Costi e benefici delle principali misure

4.2.1 Risanamento delle imprese di assicurazione

Secondo il diritto vigente, per i creditori di tutte le imprese, eccetto quelle di assicurazione, esiste in Svizzera un'alternativa al fallimento: il risanamento dell'impresa. La presente modifica della LSA prevede quindi di introdurre anche per le assicurazioni una procedura di risanamento volta a contenere per gli assicurati le conseguenze finanziarie potenzialmente negative di un fallimento. Oltre al rischio di insolvenza finanziaria per i creditori, in alcuni rami assicurativi – segnatamente le assicurazioni malattia complementare o quelle sulla vita – vi è anche l'interesse degli assicurati a mantenere i propri contratti di assicurazione. Il risanamento di un'impresa di assicurazione persegue l'obiettivo di prevenire il pericolo di insolvenza e a preservare l'attività dell'impresa.

Esistono tre modalità per effettuare il risanamento di un'impresa di assicurazione; finora, per mancanza di alternative giuridiche, era possibile ricorrere soltanto alla prima:

- il portafoglio assicurativo viene trasferito a un'impresa diversa e l'impresa di assicurazione insolvente viene liquidata;
- il portafoglio assicurativo viene trasferito a un'impresa subentrante di nuova costituzione e l'impresa di assicurazione insolvente viene liquidata;
- l'impresa viene mantenuta in vita con misure di ristrutturazione al fine di continuare a onorare i contratti esistenti o persino di proseguire l'attività sul mercato.

Negli ultimi 20 anni in Svizzera si sono verificati due casi di liquidazione secondo la procedura di fallimento per le assicurazioni. In entrambi i casi il portafoglio assicurativo è stato trasferito a un'altra impresa di assicurazione prima della dichiarazione di fallimento. Tuttavia, ciò è stato possibile soltanto perché le altre imprese di assicurazione erano disposte a prendersi in carico volontariamente portafogli assicurativi caratterizzati da una possibile sottocopertura delle riserve e perché le imprese di assicurazione insolventi erano di piccole dimensioni. Le grandi imprese di assicurazione, per le quali il trasferimento del portafoglio clienti a un'impresa concorrente sarebbe quasi impossibile, non godevano finora di alcuna protezione concreta del portafoglio assicurativo, vista l'assenza di una regolamentazione del risanamento.

Ripercussioni per altri creditori della terza classe

Dato che nei casi di fallimento il patrimonio vincolato spesso potrebbe non bastare per soddisfare tutte le pretese di assicurazione in via prioritaria, una parte non trascurabile delle pretese

derivanti dai contratti di assicurazione diretta non riceverebbe soddisfazione prioritaria con il ricavato del patrimonio vincolato e avrebbe quindi diritto al ricavato della liquidazione insieme alla grande massa dei creditori della terza classe. Dal punto di vista della protezione degli assicurati la situazione non è soddisfacente. Pertanto, nell'ambito della modifica della LSA, agli assicurati è stata assegnata una posizione prioritaria nella gerarchia dei creditori. Tale trattamento privilegiato dovrà valere anche per i crediti degli assicurati professionisti, ossia di quei clienti per i quali in futuro non sarà più previsto l'obbligo di costituire un patrimonio vincolato a seguito della loro minore necessità di protezione. Se così non fosse, infatti, venendo meno il carattere prioritario della soddisfazione in caso di fallimento, tali clienti sarebbero collocati sempre nella terza classe di creditori. In siffatte circostanze gli stipulanti professionisti si troverebbero in una posizione sfavorevole rispetto a quelli dell'UE, per esempio, dove i crediti derivanti da contratti di assicurazione diretta vengono trattati in modo prioritario (fatta eccezione per i Paesi Bassi¹⁶). Nemmeno l'UE, comunque, fa una distinzione dei clienti conformemente alla loro necessità di protezione (cfr. n. 3.2.2).

La proposta di privilegiare gli assicurati nella gerarchia dei creditori aumenta la competitività dei riassicuratori svizzeri rispetto ai loro concorrenti europei¹⁷. Secondo il diritto vigente, i riassicuratori che esercitano esclusivamente attività di riassicurazione non sono tenuti alla costituzione di un patrimonio vincolato. Per questo motivo, oggi anche tutte le pretese derivanti da contratti di assicurazione diretta vengono collocate nei crediti di terza classe, non sussistendo alcuna copertura per mezzo di un patrimonio vincolato. Ciò significa che si troverebbero allo stesso livello degli investitori istituzionali in obbligazioni e di tutti gli altri creditori non privilegiati. È soltanto privilegiando gli assicurati nella gerarchia dei creditori che i fornitori di assicurazione diretta non saranno più trattati come creditori della terza classe in caso di fallimento della riassicurazione. Il provvedimento permette di migliorare direttamente il loro grado di solvibilità e il rating (vedi sotto). Tuttavia, in caso di fallimento un simile rafforzamento della competitività di riassicuratori e assicuratori diretti con clienti professionisti va a scapito degli altri creditori della terza classe. Gli altri crediti della seconda classe non ne vengono invece toccati, poiché i crediti di assicurazione vengono soddisfatti soltanto dopo tutti gli altri crediti della seconda classe.

Le agenzie di rating giudicano la solidità finanziaria delle imprese di assicurazione esaminando le prestazioni assicurative con il cosiddetto «Financial Strength Rating». Si tratta di valutazioni che tengono esplicitamente conto del rango delle pretese assicurative e riassicurative nella gerarchia dei creditori. La capacità di soddisfare puntualmente le pretese assicurative correnti e le indennità attese in caso di intervento dell'autorità o di fallimento vanno ad aumentare tali rating e migliorano la competitività degli assicuratori svizzeri rispetto ai loro concorrenti esteri.

Moral hazard e rischi

Il risanamento rappresenta un'alternativa alla liquidazione e non deve porre i creditori in una posizione peggiore rispetto a una liquidazione. La creazione di una possibilità di risanamento può (non deve) incrementare il livello di *moral hazard*, così che in definitiva potrebbe aumentare la probabilità che si verifichi un caso di risanamento o di fallimento. Con il termine «moral hazard» si definiscono quei falsi incentivi economici che spingono ad assumere un atteggiamento più propenso al rischio. Rispetto allo status quo in cui non è prevista una procedura di risanamento, nel caso in esame una tale circostanza può verificarsi quando la direzione di un'assicurazione definisce un grado di indebitamento maggiore e/o adotta una strategia commerciale e di investimento più rischiosa che però sul breve periodo genera un rendimento superiore per gli azionisti e bonus più consistenti per i dirigenti.

¹⁶ Nei Paesi Bassi, nei casi di insolvenza gli assicurati commerciali, soprattutto in riferimento ai crediti da assicurazione diretta, godono di una protezione minore rispetto agli assicurati privati.

¹⁷ Art. 275 in combinato disposto con l'art. 268 par. 1 lett. g della direttiva Solvibilità II e G. Moss et al., *EU Banking and Insurance Insolvency*, Oxford 2017, pag. 149.

Considerata la ferrea regolamentazione del settore finanziario, perché un «moral hazard» possa effettivamente far aumentare i rischi deve esistere il corrispondente margine di manovra normativo. Un aumento dei rischi sostenuti nel nuovo quadro normativo può verificarsi, ad esempio, con l'esonero dall'obbligo di costituire un patrimonio vincolato per i clienti professionisti (vedi n. 4.2.2) o con l'introduzione della possibilità di convertire capitale di terzi in capitale proprio. A seconda dell'impostazione dei requisiti per il test SST, inoltre, le assicurazioni potrebbero definire una strategia di investimento più rischiosa e accrescere ulteriormente la probabilità che si verifichi un caso di risanamento o fallimento.

Contributo degli assicurati al risanamento di un'assicurazione

La revisione della LSA prevede, come ultima ratio, anche la possibilità per gli stipulanti di contribuire al risanamento dell'impresa di assicurazione, fintantoché nessun creditore sia posto in una posizione peggiore rispetto alla dichiarazione di fallimento e prevalga per gli stipulanti l'interesse al mantenimento dei contratti di assicurazione. Al riguardo la FINMA dovrà disporre di diversi strumenti con cui tutelare gli interessi degli assicurati in caso di rischio di indebitamento eccessivo o inadempimento dei requisiti di solvibilità. Se lo stipulante decide di disdire il contratto con l'impresa di assicurazione, comunque si vedrà restituita soltanto la parte di premio non utilizzata che gli spetterebbe secondo un calcolo pro rata. Se invece decide di non disdire il contratto di assicurazione, dovrà accettare il pagamento di un premio supplementare oppure una riduzione della copertura assicurativa la durata contrattuale residua. Sono possibili anche decurtazioni delle prestazioni relative a sinistri già avvenuti. Oltre a ciò, la FINMA ha la facoltà di intervenire nei contratti di assicurazione eliminando le sezioni che impediscono il trasferimento del portafoglio a un assicuratore diverso. Inoltre, per le imprese di assicurazione costituite come società anonime la FINMA può disporre il «bail-in» anche per gli stipulanti (segnatamente la conversione dei crediti legittimi in capitale proprio). Tuttavia, questo strumento può essere applicato soltanto se la misura in questione è vantaggiosa per gli stipulanti o se il fallimento dell'impresa di assicurazione appare svantaggioso per lo stipulante rispetto alla possibilità di diventare azionista. Nell'applicazione di tutti gli strumenti di risanamento andrebbero considerate, caso per caso, le possibili ripercussioni negative sul settore assicurativo e il suo buon funzionamento. Scopo delle misure di risanamento è comunque contenere i problemi legati alla liquidità oppure, riducendo le pretese attuali o future che incidono sul bilancio, risolvere una situazione di indebitamento eccessivo attuale o imminente rendendo possibile una liquidazione ordinata («run-off») solvibile di un portafoglio assicurativo.

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

La presente revisione della LSA prevede una forma di protezione del cliente caratterizzata da una maggiore differenziazione in relazione alla necessità di protezione. Nello specifico, vengono allentati i requisiti di regolamentazione per gli assicuratori che gestiscono esclusivamente clienti professionisti. Oltre alle assicurazioni industriali si tratta di società «captive» che esercitano l'assicurazione diretta con clienti professionisti che non hanno più l'obbligo di costituire un patrimonio vincolato o di alimentare un fondo d'organizzazione. Attualmente esistono 23 assicurazioni danni con patrimoni vincolati complessivi pari a 2,4 miliardi di franchi e otto società «captive» di assicurazione diretta con patrimoni vincolati complessivi pari a 1,3 miliardi di franchi che soddisfano già i requisiti e beneficerebbero delle agevolazioni. Valutando l'incidenza sul volume dei premi di tutte le assicurazioni danni, pari a circa il 9 per cento, attualmente l'agevolazione è limitata a una cerchia di assicuratori piuttosto ristretta. Anche tutti gli altri assicuratori, con clienti sia professionisti sia al dettaglio, possono beneficiare delle agevolazioni ma devono assumersi costi supplementari per mantenere distinte le due categorie di clienti in modo duraturo. Oltre ai costi di adattamento una tantum possono aumentare anche le spese ricorrenti, poiché in futuro andrà accertata per ogni nuovo cliente l'esigenza di protezione e quindi il suo inserimento in una delle due categorie di clienti. Per i clienti aziendali tale procedura comprende la valutazione della professionalità della gestione del rischio. Maggiore

sarà il carico di lavoro connesso a tale verifica, maggiore sarà la probabilità che, per gli assicuratori con portafogli di clienti misti, i costi superino i benefici auspicati con la misura. Oltre a questo, per le assicurazioni interessate cresce l'onere relativo alla «compliance», poiché i controlli di vigilanza della FINMA prevedono una valutazione a campione della classificazione della clientela. Non è al momento possibile formulare ipotesi sul numero di assicurazioni che intenderanno procedere con una riorganizzazione come quella descritta.

Inoltre, se le disposizioni in materia di patrimonio vincolato degli assicuratori si concentreranno maggiormente su determinati principi, per gli assicuratori dovrebbe ampliarsi il margine di manovra disponibile per costituire il patrimonio vincolato con valori patrimoniali. Per fare un esempio, potrebbero venir meno le quote massime attualmente previste per determinate classi di attivi rispetto ai valori patrimoniali complessivi. Di conseguenza aumentano le possibilità sfruttabili dagli assicuratori per le loro politiche di investimento e quindi anche i potenziali rendimenti finanziari. Quest'ultima considerazione comporterebbe rischi supplementari sostenuti dagli assicuratori sui mercati finanziari e di investimento. In tal caso gli assicuratori quantificherebbero tali rischi con il test SST e dovranno coprirli per mezzo di capitale.

Un'impresa non presente nel settore finanziario può qualificarsi come cliente professionista di un assicuratore e continuare a godere di una protezione dei clienti inferiore se, ai sensi della presente modifica della LSA, ha una gestione professionale del rischio. La riduzione del livello di protezione si ripercuote negativamente su questi clienti soltanto in caso di fallimento, poiché non possono più essere soddisfatti per primi attingendo al patrimonio vincolato. In caso di mantenimento dell'impresa di assicurazione, potrebbero invece beneficiare di una riduzione dei premi assicurativi.

4.3 Ripercussioni per i gruppi interessati

4.3.1 Clienti di intermediari assicurativi

La protezione del cliente per i clienti privati viene rafforzata nell'ambito dell'intermediazione assicurativa non vincolata. Limitando le attività ammesse, in futuro si potranno escludere eventuali incomprensioni e incertezze dei clienti in merito all'effettiva indipendenza degli intermediari assicurativi. La maggiore sorveglianza sugli intermediari assicurativi non vincolati assicura ai clienti la certezza che i fornitori che non godono di buona reputazione ai sensi della legge vengano individuati dalla FINMA e quindi non possano più operare sul mercato. Nei sinistri provocati da un servizio di intermediazione assicurativa, inoltre, in futuro ci sarà non solo un'assicurazione di responsabilità civile professionale con una copertura sufficiente¹⁸, ma sarà sempre e comunque possibile rivolgersi gratuitamente a un organo di mediazione. Con questa possibilità ampliata di risoluzione extragiudiziale delle controversie si evita anche il problema dei costi dei processi giudiziari, che possono sortire un effetto deterrente sui clienti privati. Finora i clienti di un intermediario assicurativo non vincolato potevano rivolgersi a un organo di mediazione soltanto nell'ambito dell'assicurazione malattie.

Le norme di comportamento in capo agli intermediari assicurativi, analogamente a quelle osservate dai fornitori di servizi finanziari, rafforzano ulteriormente la protezione del cliente. Per i clienti sono particolarmente rilevanti le informazioni sull'ammontare e sull'importanza dei premi in funzione delle spese, perché in ultima analisi la scelta di un determinato prodotto è influenzata, oltre che dal rischio del prodotto stesso, anche dal rendimento netto atteso. E quest'ultimo può essere calcolato soltanto se si conosce la quota corrisposta al fornitore. Nell'ambito delle assicurazioni sulla vita qualificate, le norme di comportamento ora previste a livello di legge, come quelle di eseguire una verifica dell'appropriatezza, vanno a rafforzare la protezione del cliente.

¹⁸ Ai sensi dell'ordinanza del 9.11.2005 sulla sorveglianza (RS **961.011**), gli intermediari assicurativi devono disporre di un'assicurazione di responsabilità civile professionale con una somma assicurata annua pari o superiore a 2 mio. fr. o di garanzie finanziarie equivalenti.

Secondo stime dell'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie, in media il 15 per cento circa dei casi trattati nel corso di un anno è dovuto a una consulenza scorretta da parte di intermediari assicurativi. Di questi casi, una minima parte riguarda intermediari assicurativi non vincolati. Spesso il problema principale sembra essere la non consapevolezza degli assicurati di aver sottoscritto una proposta di assicurazione già vincolante. L'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA stima che circa il 3–5 per cento di tutti i casi che tratta¹⁹ siano riconducibili a ricorsi per consulenze scorrette.

4.3.2 Assicuratori diretti e riassicuratori

Revisione interna

Il diritto vigente permette alla FINMA di esonerare le imprese di assicurazione, in singoli casi giustificati, dall'obbligo di effettuare la revisione interna. Questa competenza della FINMA è stata criticata dall'UE in sede di riconoscimento dell'equivalenza del sistema di solvibilità svizzero e della sorveglianza svizzera sui gruppi assicurativi e per questo motivo dovrà essere revocata.²⁰ Di conseguenza, le imprese di assicurazione che non dispongono di un organo di revisione interno dovranno istituire un apposito servizio o affidare un mandato a operatori del mercato, a prescindere che intessano relazioni con Stati dell'UE o no. Concretamente, tale adeguamento interessa 30 imprese di assicurazione, per lo più di piccole dimensioni, che dovranno affrontare spese maggiori per effetto della nuova regolamentazione. Oltre a un maggiore onere una tantum per la consulenza vi saranno infatti maggiori costi permanenti per la revisione interna. Secondo le stime del settore, l'istituzione di un organo di revisione interno comporterebbe per ogni impresa costi di consulenza una tantum per complessivi 50 000 franchi e costi supplementari interni quantificabili in alcune settimane lavorative per impresa e anno; l'ammontare di questi ultimi, tuttavia, non può essere quantificato. La FINMA prevede che i costi dei servizi esternalizzati ammonteranno a 15 000–25 000 franchi per impresa e anno²¹, esclusi gli oneri supplementari generati dalle verifiche della revisione interna presso l'impresa e per l'ottenimento del servizio esternalizzato.

Sorveglianza di gruppi e conglomerati assicurativi

La modifica della LSA intende anche rafforzare la sorveglianza dei gruppi. A tal fine la verifica preventiva della garanzia di irrepreensibilità viene ampliata e non riguarda più soltanto le persone incaricate della direzione generale e della gestione delle unità assicurative svizzere, ma anche la direzione dei gruppi. Questa forma di verifica viene effettuata già oggi in singoli casi specifici. Il provvedimento interessa cinque gruppi assicurativi e un conglomerato assicurativo. Poiché tali funzioni vengono spesso svolte in unione personale, per la maggior parte dei gruppi quasi tutti i soggetti da dichiarare potenzialmente irrepreensibili a livello di gruppo sono già stati verificati in ambito di assicurazione principale. Questa verifica preventiva supplementare della garanzia di irrepreensibilità genera per la FINMA un impegno supplementare quantificabile in pochi giorni lavorativi all'anno, gestibile con le risorse già disponibili. I gruppi e i conglomerati assicurativi interessati dovranno sostenere una spesa per emolumenti supplementari compresa fra i 3000 e i 6000 franchi all'anno.

Riassicuratori

I riassicuratori puri sono esonerati dall'obbligo di alimentare un fondo d'organizzazione. Questo fondo, fissato dalla FINMA al 20 per cento del capitale minimo, viene imputato in bilancio al capitale proprio e deve essere costituito da investimenti liquidi e conservativi. Con l'esonero

¹⁹ La cifra equivale al 33–50 % dei ricorsi trattati dall'Ombudsman dell'assicurazione privata in relazione alla conclusione del contratto.

²⁰ L'ICP 8 (standard 8.7) di IAIS sancisce l'obbligo di istituire un organo di revisione interno. Pertanto la revoca della competenza della FINMA di esonerare un'impresa di assicurazione dalla revisione interna è conforme anche agli ICP (cfr. n. 2).

²¹ La stima si basa su un campione di 11 imprese che alla data odierna hanno già esternalizzato le attività di revisione.

da quest'obbligo si liberano allo stesso tempo le risorse vincolate, producendo una diminuzione dei costi. Per i riassicuratori, l'anticipo di due mesi del termine per la presentazione dei rapporti di gestione può invece produrre un costo supplementare.

Assicuratori vita

I fornitori di assicurazioni sulla vita che comportano un rischio di investimento per il cliente (assicurazioni sulla vita qualificate) dovranno redigere e consegnare ai clienti un foglio informativo di base – analogamente a quanto previsto dalla LSerFi per i fornitori di servizi finanziari – e attenersi a determinate norme di comportamento. Ciò permetterà ai clienti di trovare più agevolmente un prodotto che risponde alle loro esigenze. Il foglio informativo di base deve essere strutturato in modo analogo a quello per i fornitori di servizi finanziari previsto dalla LSerFi, così da ridurre la complessità per i clienti e agevolare la comparabilità dei diversi prodotti finanziari.²² La stesura e il costante aggiornamento dei fogli informativi di base comportano per gli assicuratori vita costi simili a quelli sostenuti dai fornitori di servizi finanziari (a meno che non si possa sfruttare un documento preesistente). Secondo dati del settore, le assicurazioni sulla vita vincolate a partecipazioni e le operazioni di capitalizzazione nel ramo vita individuale rappresentano circa un quarto del volume complessivo dei premi.

Lloyd's

La definizione sul piano giuridico di associazioni di assicuratori simili a Lloyd's in Svizzera aumenta la certezza del diritto per chi offre o cerca assicurazioni speciali di questo genere, rivolte prevalentemente a una clientela con esigenze specifiche. In questo modo si preserva la diversità dei prodotti offerti sul mercato assicurativo in Svizzera.

4.3.3 Intermediari assicurativi non vincolati

Garanzia di un'attività irreprensibile

Per gli intermediari assicurativi non vincolati, la presente modifica della LSA inasprisce gli ostacoli connessi alla regolamentazione. Allo stato attuale, salvo il fatto di provare l'esistenza di garanzie finanziarie sufficienti (assicurazione di responsabilità civile professionale con una somma assicurata annua pari o superiore a 2 mio. di fr. o garanzie equivalenti) e delle qualifiche professionali, non bisogna soddisfare alcun requisito per l'iscrizione nel registro della FINMA²³. A questi criteri si aggiungeranno in futuro l'attestazione della garanzia di un'attività irreprensibile e l'affiliazione a un organo di mediazione.

La FINMA verifica il rispetto della garanzia di una persona non appena si prospetta l'assunzione di un ruolo legato al criterio dell'irreprensibilità. In caso di violazione la FINMA può imporre la cancellazione dal registro degli intermediari e, di fatto, il divieto di esercitare la professione. Ciò può avvenire anche se non risultano più soddisfatti i requisiti delle capacità e delle conoscenze necessarie. La FINMA raccoglie tutti i dati necessari per valutare la questione dell'irreprensibilità. Vi rientrano, sempre secondo la FINMA, tutti i fattori caratteriali e professionali che permettono a una persona di dirigere correttamente un'impresa soggetta a sorveglianza. Oltre agli estratti dal registro di commercio e delle esecuzioni e a eventuali sentenze, possono essere anche qualifiche professionali e rapporti di società di audit.

Requisiti in merito all'indipendenza

La presente modifica limita l'ambito di attività degli intermediari assicurativi, i quali non possono più operare simultaneamente come soggetti vincolati e non vincolati una situazione che

²² Il Consiglio federale ha posto in vigore l'ordinanza sui servizi finanziari (OSerFi) con effetto all'1.1.2020. L'allegato 9 OSerFi contiene un modello del foglio informativo di base.

²³ Le qualifiche professionali sufficienti rientrano già oggi tra i requisiti legali per procedere alla registrazione degli intermediari assicurativi, ma non sono mai state concretizzate e la loro osservanza è demandata ai partecipanti al mercato.

poteva facilmente confondere i clienti. Finora gli intermediari potevano presentarsi come soggetti non vincolati per certe tipologie di assicurazioni e allo stesso tempo agire come intermediari di un'impresa di assicurazioni per altre tipologie, per esempio in rami assicurativi di cui possedevano esigue conoscenze del mercato, se non nulle. In futuro gli intermediari dovranno decidere se operare esclusivamente in modo non vincolato o vincolato. Di conseguenza, un intermediario assicurativo non vincolato deve essere in grado di coprire praticamente tutta la gamma di prodotti del suo segmento di clientela. Deve quindi disporre del know-how corrispondente, essere di una certa dimensione o rinunciare alla vendita di alcuni prodotti assicurativi. Per gli intermediari assicurativi interessati, questa limitazione delle attività ammesse accentua la spinta al consolidamento.

Obbligo di affiliazione a un organo di mediazione

L'obbligo di affiliazione a un organo di mediazione per gli intermediari assicurativi non vincolati aumenta la protezione del cliente e fa progredire il percorso già segnato dalla LSerFi, che mira a rendere disponibili organi di mediazione riconosciuti per la risoluzione extragiudiziale di tutte le controversie di diritto privato nell'ambito dei servizi finanziari sopraggiunte tra fornitori di servizi finanziari e i loro clienti (cfr. anche i paragrafi precedenti). L'obbligo per i fornitori di servizi finanziari di partecipare finanziariamente alla creazione e all'esercizio di un organo di mediazione da sottoporre al riconoscimento del Dipartimento federale delle finanze (DFF) può comportare costi supplementari per gli intermediari assicurativi. È possibile desumere i prevedibili costi a carico degli intermediari assicurativi non vincolati per l'eventuale creazione ed esercizio di un organo di mediazione basandosi sulle cifre del settore dei fornitori di servizi finanziari ai sensi della LSerFi. In entrambi i casi si tratta di PMI del settore finanziario che devono affidarsi a un organo di mediazione.

I costi generati dalla creazione di un organo di mediazione vanno dai 100 000 ai 250 000 franchi (si tratta principalmente di costi informatici e per il personale). La creazione di un organo di mediazione porta con sé diverse incertezze. Dal riconoscimento da parte del DFF all'affiliazione di un numero sufficiente di intermediari assicurativi non vincolati possono intercorrere vari mesi, che vanno coperti sul piano finanziario. Inoltre non si può sapere in anticipo quanti organi di mediazione otterranno l'autorizzazione del DFF ed entreranno successivamente sul mercato.

I costi di esercizio dell'organo di mediazione dipendono dal numero di intermediari assicurativi affiliati e dal numero di casi che vedono il coinvolgimento degli intermediari assicurativi in una procedura di risoluzione delle controversie. Pertanto è possibile delineare solo una stima approssimativa dei costi, che potrebbero ammontare tra i 200 000 e i 600 000 franchi all'anno.²⁴ Per finanziare questi costi correnti, gli intermediari assicurativi non vincolati pagano una tassa di base annua (contributo annuo) e una tassa amministrativa per ogni ricorso. A dipendenza del numero di intermediari assicurativi che sono effettivamente alla ricerca di un'affiliazione a un organo di mediazione, un contributo annuo di 200-500 franchi potrebbe, insieme alle tasse amministrative rimosse per ogni singolo caso, essere sufficiente a garantire il finanziamento dell'organo di mediazione.

Pubblicazione delle indennità

Gli intermediari assicurativi non vincolati devono informare esplicitamente i loro clienti, prima della conclusione del contratto, dell'indennità che percepiranno. Ciò è fondamentale per i clienti, dato che il prezzo di un servizio è uno degli elementi decisivi ai fini della decisione. La comunicazione dell'indennità non rappresenta un costo per gli intermediari assicurativi.

²⁴ La somma dei costi si fonda sulla documentazione inoltrata al DFF per la domanda di autorizzazione in quanto organo di mediazione ai sensi della LSerFi.

Costi maggiori per gli intermediari assicurativi non vincolati

Gli inasprimenti regolamentativi proposti producono costi maggiori per gli intermediari assicurativi, che incidono soprattutto su tutte le imprese di piccole dimensioni. I costi di regolamentazione comprendono, oltre ai costi diretti, anche gli ammanchi della cifra d'affari dovuti ai requisiti in merito all'indipendenza (vedi sopra). In determinate circostanze, per talune imprese interessate questi ammanchi possono avere un peso nettamente maggiore dell'aumento dei costi di regolamentazioni diretti.

I costi di regolamentazione diretti per gli intermediari assicurativi non vincolati includono, oltre ai costi per l'esercizio dell'organo di mediazione (vedi sopra) anche la tassa di vigilanza da versare alla FINMA. Ai sensi dell'ordinanza del 15 ottobre 2008 sugli emolumenti e sulle tasse della FINMA (RS 956.122), la tassa di vigilanza è calcolata in maniera che la sua somma copra i costi complessivi dell'ambito di vigilanza degli intermediari assicurativi non vincolati. Fino ad ora gli intermediari assicurativi non vincolati versano alla FINMA una tassa forfettaria di registrazione di 300 franchi e in seguito una tassa annua di vigilanza di 150 franchi.²⁵ La tassa di vigilanza per gli intermediari assicurativi non vincolati subisce un aumento nella misura dei costi supplementari a carico della FINMA per la garanzia di un'attività irreprensibile.

4.3.4 Intermediari assicurativi vincolati

In futuro gli intermediari assicurativi vincolati non potranno più iscriversi volontariamente nel registro degli intermediari tenuto dalla FINMA. Potranno però continuare a iscriversi nei registri gestiti dalle organizzazioni del settore. Per l'attività degli intermediari assicurativi vincolati, questo passaggio da un registro statale a uno privato può avere ripercussioni negative soltanto se l'iscrizione in un registro – a prescindere da chi lo gestisca – viene presa in considerazione dai clienti e ritenuta effettivamente importante nella scelta dell'intermediario assicurativo, e se i clienti ripongono nello Stato una fiducia maggiore.

L'intermediazione di determinate assicurazioni legate a prodotti non deve essere sottoposta alla vigilanza della FINMA. Rientrano in queste assicurazioni annesse a prodotti ad esempio i fornitori di telefonia mobile che nel punto vendita propongono un'assicurazione corrispondente oppure gli operatori di viaggio che forniscono assicurazioni di annullamento. Questa procedura aumenta la certezza del diritto ed è in linea con la prassi attuale. I limiti e le scadenze imposte dal Consiglio federale garantiscono al contempo che non si escludano a priori dalla vigilanza della FINMA tutti questi generi di intermediazione di assicurazioni annesse in quanto casi di poco conto. La limitazione dovrebbe orientarsi a determinati criteri quali l'ammontare del premio assicurativo e/o del danno potenziale.

4.3.5 Organi di mediazione nel settore assicurativo

Nel settore assicurativo esistono attualmente due organi di mediazione: l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA e l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie. Mentre gli intermediari assicurativi vincolati sono affiliati a un organo di mediazione tramite il loro datore di lavoro, gli intermediari non vincolati non hanno questa possibilità (fatta eccezione per il ramo delle assicurazioni malattie). Presumibilmente le maggiori possibilità di ricorso extragiudiziale (cfr. n. 4.3.1) verranno sfruttate dai clienti.²⁶

Secondo le stime dei due organi di mediazione il trattamento di un ricorso contro un intermediario assicurativo non vincolato potrebbe richiedere tempo e risorse da due a tre volte maggiori di quanto attualmente necessario per le divergenze d'opinioni con gli assicuratori, e di conseguenza, potrebbe essere necessario ampliare le risorse degli organi di mediazione con

²⁵ Fonte: FINMA

²⁶ Nel 2018 il tasso di successo di un intervento dell'organo di mediazione delle assicurazioni si è attestato intorno al 68 %. In due casi su tre, quindi, il caso si è concluso a favore del cliente. Il valore litigioso più elevato è stato di circa 0,6 mio. di fr. e il più basso di 47 fr.

il supporto finanziario degli intermediari assicurativi coinvolti.²⁷ Questo a prescindere dall'organo di mediazione cui si affideranno gli intermediari assicurativi non vincolati. La motivazione addotta dall'Ombudsman dell'assicurazione privata è che in questi casi si tratta principalmente di pretese di risarcimento piuttosto che di prestazioni assicurative. Oltre all'intermediario assicurativo e alla sua eventuale assicurazione di responsabilità civile professionale, solitamente è coinvolta nelle discussioni con il cliente almeno un'altra assicurazione, il che complica il raggiungimento di un accordo.

4.3.6 Imprese di assicurazione con modelli aziendali innovativi

Le barriere all'ingresso sul mercato delle imprese tecnofinanziarie devono essere ridotte anche nel settore assicurativo.²⁸ Per questo motivo il Consiglio federale propone di esonerare a determinate condizioni interamente o parzialmente dalla vigilanza della FINMA le imprese di assicurazione che presentano modelli aziendali innovativi (ad es. assicurazioni «peer to peer»). Deve comunque essere garantito il rispetto degli obblighi d'informare conformemente al disegno di legge.

4.3.7 FINMA

Sorveglianza sulle succursali dei riassicuratori esteri

L'impegno di sorvegliare le succursali dei riassicuratori esteri aumenterebbe il carico di lavoro della FINMA per la sorveglianza corrente presumibilmente di circa 0,1–0,2 equivalenti a tempo pieno (FTE) per ogni impresa e complessivamente di 2–3 FTE per tutte le succursali. Il modello di finanziamento della FINMA potrebbe far sì che il maggior numero di soggetti da sorvegliare renda meno oneroso il controllo delle imprese di assicurazione già soggette a sorveglianza. Ciò inciderebbe sui costi della sorveglianza soltanto laddove fosse necessario potenziare l'effettivo del personale. Attualmente questo è da escludere.

Sorveglianza sugli intermediari assicurativi non vincolati

Per garantire un'attività irreprensibile e attuare le altre novità riguardanti gli intermediari assicurativi non vincolati, la FINMA avrà bisogno di posti di lavoro supplementari, finanziati dai soggetti sottoposti a sorveglianza (vedi sopra).

Disposizioni penali

Nel quadro della modifica della LSA, le disposizioni penali vengono adeguate in modo tale da considerare il principio perseguito dal Parlamento nei lavori riguardanti la LSerFi ossia che, nell'ambito del diritto in materia di vigilanza dei mercati finanziari, la tutela di un comportamento lecito debba avvenire, essenzialmente e per quanto possibile, per mezzo di strumenti del diritto in materia di vigilanza, e non per mezzo di disposizioni di diritto penale. Finora l'impegno annuo della FINMA, con le rispettive procedure, è consistito in circa 30 denunce al DFF. Ogni denuncia ha richiesto in media un impegno pari a un giorno per posto a tempo pieno. Inoltre, ogni anno è stata vagliata per circa 20 casi l'opportunità di procedere con una denuncia, ritenuta in seguito non necessaria. Tali casi hanno generato un impegno medio quantificabile in due ore di lavoro per una persona.

²⁷ Nel 2017, secondo quanto indicato nel rapporto annuale 2018, la gestione dei ricorsi conclusi con l'intervento dell'organo di mediazione ha richiesto mediamente da due a quattro settimane.

²⁸ All'inizio del 2019 il Consiglio federale ha posto in vigore le disposizioni d'esecuzione della nuova licenza tecnofinanziaria, grazie alla quale le imprese che non esercitano le attività tipiche delle banche possono accettare depositi del pubblico fino a un massimo di 100 mio. di fr. Inoltre è stato creato uno spazio per l'innovazione che permette alle imprese del settore della tecnofinanza di accettare depositi del pubblico fino a un massimo di 1 mio. di fr. senza autorizzazione.

Regolamentazione del risanamento

La nuova regolamentazione del risanamento potrebbe comportare per la FINMA un impegno supplementare qualora si verificasse, rispetto a oggi, un aumento dei casi di risanamento o fallimento.²⁹

4.3.8 Confederazione, Cantoni e Comuni

La Confederazione, i Cantoni e i Comuni non si trovano ad affrontare compiti o costi supplementari. L'aumento dei premi di assicurazione degli assicuratori potrebbe piuttosto incrementare il gettito fiscale.

4.4 Ripercussioni per la piazza economica svizzera e la concorrenza

4.4.1 Attrattiva della piazza economica e crescita macroeconomica

La presente modifica di legge rafforza l'attrattiva del settore assicurativo svizzero, aumenta la certezza del diritto e intende contribuire al rispetto dell'equivalenza nel settore assicurativo con l'UE, producendo in questo modo opportunità di crescita per i fornitori dei servizi assicurativi più disparati. La maggiore protezione del cliente proposta consente ai clienti del settore assicurativo di godere dello stesso livello di protezione del settore finanziario. In tal modo si consolida la fiducia dei clienti nel mercato dei prodotti assicurativi.

4.4.2 Ripercussioni per la concorrenza

Le ripercussioni sulla concorrenza non sono anticipabili con certezza. L'obbligo di indicare le indennità per gli intermediari assicurativi non vincolati migliora da un lato il funzionamento del mercato dell'intermediazione assicurativa, dall'altro aumenta la concorrenza tra gli intermediari assicurativi. Se si verificasse un aumento dei casi di risanamento o fallimento con conseguente trasferimento dei portafogli assicurativi ad altre imprese di assicurazione, ciò implicherebbe altresì a una maggiore concentrazione sul mercato assicurativo svizzero e una riduzione della concorrenza.

Con la presente modifica della LSA, le condizioni di concorrenza sul mercato dell'intermediazione assicurativa cambiano. Infatti, soprattutto gli intermediari assicurativi non vincolati devono soddisfare un maggior numero di requisiti e corrono il rischio di vedersi ritirare l'autorizzazione in caso di inadempimento degli obblighi. Nel contempo però questo aumenta la certezza del diritto per i clienti.

4.5 Adeguatezza dell'esecuzione

La competenza di attuazione delle nuove disposizioni della LSA spetta alla FINMA e agli organi di mediazione. Ai fini dell'adeguatezza dell'esecuzione è rilevante l'impostazione della sorveglianza in base al rischio, applicata già oggi dalla FINMA. L'attività di sorveglianza è quindi più intensa per le assicurazioni di grandi dimensioni nei segmenti più rischiosi anziché per le assicurazioni di piccole dimensioni e per gli intermediari assicurativi. Un processo di registrazione del tutto informatizzato può agevolare ulteriormente l'adeguatezza dell'esecuzione. L'organo di mediazione da riconoscere deve garantire procedure rapide e non burocratiche, un intento realizzabile orientando i processi al raggiungimento degli obiettivi menzionati.

²⁹ Negli ultimi 20 anni in Svizzera si sono verificati due casi di liquidazione secondo la procedura di fallimento per le assicurazioni.