



Berna, 17 maggio 2022

Modifica dell'ordinanza sulla sorveglianza (Sorveglianza, solvibilità, patrimonio vincolato, norme di comportamento e intermediazione as- sicurativa)

Rapporto esplicativo per la procedura di consultazione

Indice

1	Punti essenziali del progetto	3
1.1	Situazione iniziale.....	3
1.2	La normativa proposta.....	3
1.2.1	Sorveglianza.....	3
1.2.2	Solvibilità e patrimonio vincolato.....	4
1.2.3	Norme di comportamento.....	4
1.2.4	Intermediazione assicurativa.....	4
1.2.5	Insolvenza.....	4
1.2.6	Fondo nazionale di garanzia.....	5
1.2.7	Altro.....	5
1.3	Sviluppi internazionali e diritto comparato.....	6
2	Commento ai singoli articoli.....	6
2.1	Ordinanza sulla sorveglianza.....	6
2.2	Ordinanza sull'assicurazione dei veicoli.....	74
2.3	Ordinanza sugli emolumenti e sulle tasse della FINMA.....	78
3	Ripercussioni.....	79
3.1	Introduzione.....	79
3.1.1	Necessità di agire e obiettivi.....	79
3.1.2	Alternative esaminate e soluzione scelta.....	79
3.2	Costi e benefici delle misure principali.....	80
3.2.1	Misure di solvibilità.....	80
3.2.2	Incentivo all'innovazione.....	81
3.2.3	Rafforzamento dell'autoresponsabilità nel patrimonio vincolato.....	81
3.3	Ripercussioni per i gruppi interessati.....	82
3.3.1	Assicurazioni.....	82
3.3.2	Intermediari assicurativi.....	83
3.3.3	Clientela.....	83
3.4	Ripercussioni per la piazza economica svizzera e la competitività.....	84
3.5	Ripercussioni per Confederazione, Cantoni e Comuni.....	84
4	Aspetti giuridici	84
4.1	Costituzionalità e legalità.....	84
4.2	Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera.....	84
4.3	Delega di competenze legislative.....	84
5	Entrata in vigore.....	85

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Situazione iniziale

Con voto finale del 18 marzo 2022 il Parlamento ha adottato una revisione parziale della legge del 17 dicembre 2004¹ sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA). Questa revisione parziale ha lo scopo di rafforzare ulteriormente la protezione degli assicurati e la competitività della piazza assicurativa, in linea con gli sviluppi internazionali. Inoltre, attua le prescrizioni del Parlamento scaturite dalle deliberazioni riguardanti la legge 15 giugno 2018² sui servizi finanziari (LSerFi). La revisione parziale comprende quattro grandi blocchi tematici.

- Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti: le imprese di assicurazione possono beneficiare di agevolazioni in merito alla sorveglianza se adempiono determinati requisiti minimi quantitativi e qualitativi o si occupano esclusivamente di clienti professionali. Inoltre, le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi possono essere in parte o completamente esonerati dalla sorveglianza a dipendenza dei rischi specifici inerenti alla loro attività nel rispetto delle esigenze di protezione degli assicurati;
- disposizioni sulla solvibilità: sono state rielaborate nella legge, tuttavia alcune sono state riprese da un livello normativo inferiore. Diverse disposizioni di esecuzione devono essere emanate dal Consiglio federale e concepite sulla base di principi;
- intermediazione assicurativa: il diritto sull'intermediazione viene aggiornato e sono introdotte nuove disposizioni particolari per gli intermediari assicurativi non vincolati relative alla pubblicazione delle indennità ricevute da imprese di assicurazione o terzi. Per la vendita di prodotti assicurativi con carattere di investimento sono introdotti speciali obblighi di comportamento e di informazione, come già avvenuto per gli strumenti finanziari ai sensi della LSerFi;
- regolamentazione del risanamento: la legge prevede ora una procedura di risanamento che consente alla FINMA di risanare un'impresa di assicurazione in difficoltà nell'interesse degli assicurati, anziché ordinarne il fallimento.

A seguito della revisione parziale della LSA, occorre adeguare in diversi punti anche l'ordinanza del 9 novembre 2005³ sulla sorveglianza (OS). Inoltre, sulla base dell'ordinanza del 13 dicembre 2019⁴ concernente la legge sulla vigilanza dei mercati finanziari, viene verificata la gerarchia normativa delle regolamentazioni della FINMA nel settore assicurativo. Ciò comporta la necessità di apportare adeguamenti all'ordinanza del Consiglio federale.

L'entrata in vigore della LSA è prevista per il 1° luglio 2023 se non sarà lanciato un referendum. Simultaneamente dovrebbe entrare in vigore anche la modifica dell'OS trattata nel presente rapporto.

1.2 La normativa proposta

La presente modifica dell'ordinanza è stata elaborata all'interno di gruppi di lavoro tematici costituiti da rappresentanti dell'Amministrazione, del settore e dei consumatori. L'articolazione per temi decisa nei gruppi di lavoro si è dimostrata valida e viene dunque ripresa anche nelle spiegazioni fornite di seguito.

1.2.1 Sorveglianza

Nell'AP-OS sono integrati i principi ai quali si orienta la sorveglianza delle imprese di assicurazione. I criteri determinanti sono costituiti dalla protezione degli assicurati contro gli abusi e

¹ RS 961.01

² RS 950.1

³ RS 961.011

⁴ RS 956.11

dai rischi per le imprese di assicurazione. Per le piccole imprese (compresi i riassicuratori) l'ordinanza prevede agevolazioni o l'esonero totale dalla sorveglianza (cfr. art. 1a–1e AP-OS). Anche gli intermediari assicurativi possono operare senza essere sottoposti a sorveglianza se adempiono determinate condizioni (art. 1f AP-OS). Infine, le norme sulle attività che hanno o non hanno un nesso con l'attività assicurativa vengono adeguate alle modificate disposizioni legali.

1.2.2 Solvibilità e patrimonio vincolato

La LSA riveduta attribuisce al Consiglio federale competenze più ampie nella definizione dei principi tecnici del SST. Le disposizioni in materia di solvibilità devono essere iscritte nell'OS e nelle circolari della FINMA (o nell'ordinanza della FINMA) al livello normativo adeguato. Per esempio, il livello di sicurezza perseguito con il SST e le soglie d'intervento se il quoziente SST è inferiore al 100 per cento non dovranno essere prescritti dalla FINMA, bensì dal Consiglio federale nell'OS. La revisione dell'OS non si prefigge tuttavia di modificare il SST in termini di contenuti. Sono state adeguate alcune formulazioni se servono a migliorare la comprensione o la leggibilità del testo e consentono un approccio tecnicamente più accessibile. Si rivelano necessarie anche alcune modifiche e ulteriori specificazioni. In relazione con la regolamentazione del risanamento introdotta nella LSA riveduta sono quindi rielaborate anche le norme concernenti gli strumenti di capitale assorbenti il rischio.

Le disposizioni relative al patrimonio vincolato intendono rafforzare l'autoresponsabilità delle assicurazioni, tra l'altro riducendo la regolamentazione a livello della FINMA. Nell'investimento del patrimonio vincolato le imprese di assicurazione possono scegliere di sottoporre all'approvazione della FINMA un proprio elenco di elementi patrimoniali idonei oppure di impegnarsi a rispettare un breve elenco prestabilito. Se stilano un proprio elenco, le imprese di assicurazione possono avvalersi di un ventaglio di investimenti nel patrimonio vincolato tendenzialmente più ampio rispetto alla prassi attuale. Il breve elenco prestabilito riduce invece i costi della sorveglianza nell'ambito del patrimonio vincolato.

1.2.3 Norme di comportamento

In conformità alle prescrizioni iscritte nella LSerFi per gli intermediari finanziari, nella presente ordinanza sono concretizzate norme di comportamento per le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi in relazione con la vendita di determinati prodotti assicurativi con carattere di investimento (assicurazioni sulla vita «qualificate»). Vi si annoverano le disposizioni di esecuzione relative alla presentazione dell'offerta, al foglio informativo di base, alla verifica dell'appropriatezza e ai relativi obblighi di documentazione.

1.2.4 Intermediazione assicurativa

La nozione di intermediazione assicurativa viene precisata e adeguata alle possibilità delle tecnologie digitali dell'informazione. Parallelamente l'attuale prassi di vigilanza della FINMA viene codificata a livello di ordinanza. Per gli intermediari assicurativi non vincolati (broker) sono definiti i comportamenti inconciliabili con la loro indipendenza. Viene concretizzata la sorveglianza rafforzata degli intermediari nell'ambito della revisione della LSA (responsabilità civile professionale, principi del governo d'impresa, rapporti ecc.). Sono inoltre prescritti gli standard minimi del settore concernenti la formazione e la formazione continua degli intermediari assicurativi.

1.2.5 Insolvenza

Le disposizioni in materia di insolvenza della LSA non necessitano di essere ulteriormente precisate nell'OS. Così come per la legislazione appena riveduta sull'insolvenza bancaria, nel settore delle assicurazioni le disposizioni determinanti hanno già un grado di dettaglio molto elevato a livello di legge, tra l'altro in considerazione del fatto che il risanamento può e deve comportare un'ingerenza talora notevole nei diritti dei creditori, rendendone necessario il di-

sciplinamento a livello di legge. Tenuto conto del grado di concretizzazione della regolamentazione già previsto a livello di legge, le eventuali disposizioni di esecuzione devono essere inserite non nell'OS emanata dal Consiglio federale, bensì in un'ordinanza della FINMA, in analogia con quanto avviene nel settore bancario.

In proposito si può chiarire che nell'ambito di un risanamento possono costituire un'ingerenza nei diritti degli assicurati non solo le misure che intervengono sul capitale, ma in particolare anche un trasferimento del portafoglio, poiché questo è per sua stessa natura associato a un cambiamento del debitore, che, secondo i principi del diritto civile, richiede l'accettazione da parte del creditore. Gli assicurati sarebbero pertanto autorizzati a respingere il piano di risanamento anche in quest'ultimo caso.

Nell'adozione di misure di protezione per tutelare gli interessi degli assicurati (art. 51 LSA), la FINMA deve tenere conto del principio della proporzionalità così come in tutta l'attività amministrativa. Una misura deve dunque essere necessaria e pertinente e il risultato non deve poter essere raggiunto con altre misure meno drastiche. Questo vale anche per l'elenco a titolo esemplificativo delle misure di protezione di cui all'articolo 51 capoverso 2 LSA. La legge riveduta riconosce ora alla FINMA la facoltà di ordinare la moratoria o la proroga delle scadenze senza che sia condizionata all'esistenza di un pericolo d'insolvenza. Ciò potrebbe verificarsi, per esempio, se per un'impresa di assicurazione si profila il rischio di illiquidità poiché il diritto di disdetta viene esercitato da un numero così significativo di assicurati da mettere in difficoltà finanziarie l'impresa di assicurazione.

1.2.6 Fondo nazionale di garanzia

Relativamente al Fondo nazionale di garanzia, nell'ordinanza del 20 novembre 1959⁵ sull'assicurazione dei veicoli (OAV) vengono attuate le disposizioni della legge federale del 19 dicembre 1958⁶ sulla circolazione stradale (LCStr), che sono state adeguate alla nuova regolamentazione del risanamento avvenuta con la modifica della LSA.

1.2.7 Altro

- L'OS contiene ora disposizioni di esecuzione piuttosto dettagliate in merito alle società veicolo di assicurazione, oggetto di un nuovo disciplinamento da parte del legislatore. Con queste disposizioni si intende adottare una regolamentazione liberale dell'attività, ma nel contempo garantire una maggiore certezza del diritto con l'obiettivo di consentire anche a queste società di insediarsi in Svizzera.
- Per il momento non si ricorre alla competenza conferita al Consiglio federale di assoggettare alla sorveglianza le succursali di imprese di riassicurazione estere, introdotta nell'articolo 2 capoverso 5 lettera a della legge riveduta. Nel caso in cui la prassi e gli standard internazionali mutassero a tal punto da rendere opportuna o necessaria una sorveglianza (semplificata), sarà riconsiderata la possibilità di introdurre una disposizione nell'OS a tempo debito.
- Dal punto di vista tecnico-legislativo occorre rimarcare che nella legislazione federale le norme rivolte ai destinatari delle stesse non sono (più) formulate in termini descrittivi («L'impresa considera al riguardo...»). In linea di principio si ricorre piuttosto al verbo modale «dovere». Tale regola è osservata anche nella presente modifica dell'OS ed è applicata in particolare alle disposizioni già esistenti oggetto di revisione. Nel merito stesso ciò non comporta alcun cambiamento per i destinatari interessati, ossia le imprese di assicurazione o gli intermediari assicurativi.

⁵ RS 741.31

⁶ RS 741.01

1.3 Sviluppi internazionali e diritto comparato

Allo stato attuale si può rimandare al rapporto «Confronto internazionale e analisi dell'impatto della regolamentazione»⁷ allegato al messaggio. L'OS attua sostanzialmente le prescrizioni della legge riveduta, pertanto non sono necessarie ulteriori spiegazioni al riguardo.

2 Commento ai singoli articoli

2.1 Ordinanza sulla sorveglianza

Titolo primo: In generale

*Capitolo 1: Campo d'applicazione*⁸

Art. 1a Importanza delle funzioni di società del gruppo e del conglomerato

Il contenuto dell'attuale elenco dei criteri che definiscono l'importanza delle funzioni (cfr. gli art. 203b/206a OS da abrogare) appare appropriato e completo, anche in base al nuovo approccio secondo cui sono interessate le società importanti di singole imprese di assicurazione. A questo elenco si aggiunge soltanto la gestione dei rischi. Per «attività soggette ad autorizzazione» sono intese quelle esercitate in Svizzera. Per il resto l'articolo 2a LSA rimanda agli articoli 51–54j LSA (misure di protezione ecc.). È dunque chiaro il senso e lo scopo della legge: nel campo di applicazione della stessa rientrano le società del gruppo importanti, seppure questo riferimento non è esplicitato nelle singole disposizioni (p. es. nell'art. 51a cpv. 1 o 53 LSA).

Capitolo 2: Principi

Osservazioni preliminari sugli art. 1b–1f

Il legislatore ha stabilito che nel settore assicurativo l'innovazione deve essere possibile e, con l'articolo 2 capoverso 5 lettera b LSA, ha incaricato il Consiglio federale di definire le condizioni quadro. Gli articoli 1b–1f AP-OS attuano questo mandato e, basandosi sui principi della sorveglianza, lo integrano in un regime globale di sorveglianza graduata e proporzionata.

Art. 1b Principi della sorveglianza

Capoverso 1

A titolo introduttivo, il capoverso descrive il principio fondamentale della sorveglianza orientata al rischio su cui si fonda l'intera legislazione sui mercati finanziari. Vi sono chiariti i principi che guidano la FINMA nella sua attività di sorveglianza.

Secondo la lettera a, l'elemento rilevante è la tutela degli assicurati, in linea con il nuovo articolo concernente lo scopo della LSA. La lettera b rispecchia la prassi attuale, ossia la sorveglianza è orientata ai rischi.

Nella sorveglianza delle imprese di assicurazione devono poi essere considerati i criteri di grandezza, quindi le dimensioni e la complessità operativa e organizzativa (lett. c). Ciò avviene mediante la suddivisione in categorie (cfr. cpv. 2). L'elenco non è esaustivo. In tal modo si lascia aperta la possibilità di tenere conto dei nuovi sviluppi qualora in futuro dovessero diventare anch'essi importanti per la sorveglianza. La ponderazione dei suddetti aspetti corrisponde ai principi riconosciuti a livello internazionale della sorveglianza proporzionata e orientata al rischio.

Capoverso 2

⁷ FF 2020 7833 e <https://www.fedlex.admin.ch/it/consultation-procedures/ended/2018#DFE>.

⁸ Nel commento ai singoli articoli sono riportati anche i nuovi titoli. Per facilitare la lettura del testo, sono riportati anche i titoli esistenti (tra parentesi).

Con questa norma l'OS recepisce l'attuale suddivisione in categorie delle imprese di assicurazione a favore della trasparenza e della certezza del diritto, in particolare anche in vista dell'introduzione del regime per le piccole imprese di assicurazione (cfr. art. 1c AP-OS). Tali categorie sono determinate in linea di principio dal totale di bilancio sulla base del bilancio statutario. Nel nuovo allegato 2 sono enunciate le cifre concrete in franchi svizzeri. Di norma si applica quindi questo criterio di grandezza in conformità con la prassi attuale.

Capoverso 3

Quando un'impresa di assicurazione si situa al limite tra due categorie, la FINMA ha un margine discrezionale di natura tecnica per decidere se assegnarla a una categoria immediatamente superiore o immediatamente inferiore, anche questo in linea con la prassi attuale. I totali di bilancio delle imprese di assicurazione possono subire variazioni durature oppure riconducibili anche a effetti straordinari. Nel caso di un'impresa al limite tra due categorie, sarà dunque possibile effettuare una valutazione più dettagliata sulla base degli ulteriori criteri qualitativi della complessità e del profilo di rischio. Questo margine di manovra favorisce una suddivisione in categorie il più possibile coerente, in grado di evitare che un'impresa di assicurazione al limite tra due categorie passi più volte da una categoria all'altra, con conseguenti costi di adeguamento. Il criterio della complessità si riferisce alla struttura organizzativa dell'impresa di assicurazione e all'attività che la contraddistingue (p. es. i contratti di assicurazione sulla vita sono più complessi delle assicurazioni che coprono soltanto il valore materiale di un telefono cellulare).

Art. 1c Agevolazioni per le piccole imprese di assicurazione

In futuro le imprese di assicurazione delle categorie 4 e 5 che dimostrano indicatori stabili, una pianificazione solida e una gestione lungimirante e ineccepibile potranno beneficiare di agevolazioni in particolare in merito a determinati obblighi di rendicontazione. La disposizione si fonda anche sull'articolo della LSA concernente la garanzia di un'attività irreprensibile (art. 14 LSA). Sono escluse le imprese di assicurazione che non sottostanno alla vigilanza prudenziale integrale della FINMA (casce malati mantello) e le succursali di imprese di assicurazione con sede all'estero. In merito alla lettera h è opportuno osservare che la FINMA interpreterà questa prescrizione tenendo naturalmente conto del principio della proporzionalità. Misure o procedure molto datate, fondate sulla legislazione in materia di vigilanza, che non hanno ripercussioni sulla situazione attuale, non saranno di ostacolo alle agevolazioni. Dal tenore della disposizione emerge altresì che, per usufruire delle agevolazioni, l'impresa di assicurazione deve avere attuato le misure eventualmente disposte dalla FINMA per ripristinare lo stato conforme.

Art. 1d Agevolazioni per i riassicuratori

Per le imprese di riassicurazione occorre tenere conto, sulla scorta dell'articolo 35 capoverso 3 LSA, delle minori esigenze di protezione degli assicurati e della specificità del modello aziendale. Inoltre, sempreché siano adempiuti i requisiti minimi stabiliti per legge, i riassicuratori più piccoli e meno complessi saranno in linea di principio sottoposti a una sorveglianza allentata conformemente all'articolo 35 capoverso 4 LSA. Queste generali agevolazioni nella sorveglianza di tutti i riassicuratori delle categorie 4 e 5 si orienteranno al regime previsto per gli assicuratori diretti secondo l'articolo 1c AP-OS. In merito al rispetto dei principi del governo d'impresa si pensa in particolare ai requisiti posti all'organizzazione di un'impresa di assicurazione esposti nell'articolo 14a AP-OS. I riassicuratori che sottostanno a requisiti prudenziali allentati possono essere oggetto di provvedimenti ordinati dalla FINMA segnatamente in caso di mancato raggiungimento dei requisiti minimi quantitativi previsti dalla legge.

Art. 1e Agevolazioni per le nuove autorizzazioni

Nell'intento principale di promuovere l'innovazione, alle piccole imprese di assicurazione in possesso da poco tempo di un'autorizzazione che non soddisfano le condizioni per esercitare

l'attività nell'ambito esente dalla sorveglianza deve essere data la possibilità di operare durante un periodo di tre anni sulla base di alcuni requisiti prudenziali meno severi. In tal modo si consente in particolare alle imprese di assicurazione che intendono testare un nuovo prodotto sul mercato di passare a un ambito di attività assoggettato alla sorveglianza in modo commisurato alla loro crescita.

Art. 1f Esonero dalla sorveglianza

Il presente articolo stabilisce le condizioni di esonero dalla sorveglianza per le imprese che si trovano nella fase di avvio dell'attività commerciale e per il momento hanno un esiguo volume d'affari. Le condizioni devono:

- evitare di imporre alle imprese ostacoli all'innovazione nel senso di requisiti patrimoniali e di *governance* già molto elevati;
- garantire comunque una protezione degli assicurati già necessaria in questo ambito limitando il volume d'affari che consente l'esonero dalla sorveglianza e imponendo la piena trasparenza nei confronti degli assicurati;
- creare una chiara delimitazione rispetto alle piccole imprese di assicurazione che hanno già ottenuto l'autorizzazione all'esercizio e sono assoggettate alla sorveglianza per impedire disparità di trattamento.

La revisione ordinaria di cui alla lettera c non deve essere effettuata, come per le imprese sottoposte a sorveglianza, da un ufficio di revisione abilitato a fornire servizi di revisione alle società di interesse pubblico secondo l'articolo 2 lettera c della legge del 16 dicembre 2005⁹ sui revisori (LSR). Può essere eseguita da un ufficio di revisione abilitato a esercitare la funzione di perito revisore o da un'impresa di revisione sotto sorveglianza statale. Per queste imprese non è prevista una sorveglianza continua da parte della FINMA pertanto, seguendo questa logica, non è necessario neppure una verifica prudenziale da parte di società di audit sotto sorveglianza statale conformemente all'articolo 9a LSR in combinato disposto con l'articolo 11a capoverso 1 lettera b dell'ordinanza del 22 agosto 2007¹⁰ sui revisori (OSRev) ai sensi della legislazione sui mercati finanziari.

Art. 1g Condizioni per le imprese esonerate dalla sorveglianza

Nell'ambito esente da autorizzazione deve poter operare solo chi adempie costantemente le condizioni di cui all'articolo 1f AP-OS. Nei confronti di coloro che violano questa prescrizione la FINMA ha a disposizione il necessario dispositivo prudenziale previsto dalla legge del 22 giugno 2007¹¹ sulla vigilanza dei mercati finanziari (LFINMA) o dalla LSA.

Capoversi 1 e 2

Un'impresa esonerata dalla sorveglianza che, nel corso della sua attività, supera i valori limite previsti per le polizze o il volume di premi deve acquisire entro i termini stabiliti lo status di impresa di assicurazione autorizzata e assoggettata alla sorveglianza.

Capoverso 3

Se la FINMA non accorda la proroga del termine, i termini restano invariati.

Capoverso 5

Se la domanda di autorizzazione è respinta, a tutela degli assicurati bisogna liquidare il più rapidamente possibile l'attività o trasferire l'effettivo degli assicurati. Il termine di sei mesi decorre dalla data di notifica della decisione conformemente alle generali regole procedurali.

Art. 1h Intermediazione assicurativa non sottoposta a sorveglianza

⁹ RS 221.302

¹⁰ RS 221.302.3

¹¹ RS 956.1

Secondo la LSA riveduta, gli intermediari assicurativi non sottostanno alla sorveglianza «nella misura in cui offrono assicurazioni di esigua importanza e quali complemento di un prodotto o di un servizio» (art. 2 cpv. 2 lett. f LSA). Il Consiglio federale disciplina i criteri (art. 2 cpv. 4 lett. c LSA).

Occorre subito osservare che il solo consentire di stipulare un contratto di assicurazione, in particolare senza attività di consulenza, che consista per esempio nella consegna di una documentazione o nell'indicazione dell'indirizzo di un intermediario assicurativo prevalentemente vincolato non costituisce in linea di principio attività di intermediazione, pertanto non rientra a priori nel campo di applicazione della presente disposizione¹². Nei casi in cui, per esempio contestualmente alla prenotazione di un viaggio, può essere stipulata direttamente anche un'assicurazione a copertura delle spese di annullamento contrassegnando una casella nel modulo oppure quando il garagista menziona un prodotto dell'assicurazione veicoli a motore al momento dell'acquisto di un veicolo, si tratta di prodotti assicurativi specifici ai quali l'offerente della prestazione o dell'oggetto si limita a consentire l'accesso in collaborazione con la compagnia di assicurazione. Naturalmente esistono anche comportamenti che si collocano nella «zona grigia», per i quali è necessario decidere sulla base dei fatti concreti se si tratta o meno di intermediazione assicurativa.

Deve essere dunque espressamente esclusa dalla sorveglianza un'attività di intermediazione facilmente accessibile ma autentica, che si riferisce a un'assicurazione di esigua importanza e completa un prodotto o un servizio. A livello di ordinanza occorre in particolare precisare l'«esigua importanza» dell'assicurazione oggetto di intermediazione che consente, tenendo in particolare conto dei rischi per gli assicurati, di rinunciare a una sorveglianza. Al riguardo è necessario utilizzare un criterio chiaro e di facile applicabilità anche nell'interesse della certezza del diritto. Da un esame approfondito dei criteri proposti nel messaggio concernente la modifica della LSA (limitazione dell'entità del danno assicurato, durata temporale della copertura assicurativa, limitazione dei rischi assicurati) emerge che essi richiederebbero di tracciare limiti differenziati e anche relativamente arbitrari, difficilmente in grado di coprire in modo adeguato la vasta gamma di prodotti assicurativi attuali e, in particolare, futuri. Un premio massimo costituisce invece un criterio misurabile oggettivamente, facilmente praticabile e capace anche di cogliere gli sviluppi futuri. In considerazione della normativa unionale¹³, che in questo ambito applica un importo di 600 euro, appare appropriato stabilire un premio massimo di 600 franchi nell'OS.

La lettera b precisa che la prestazione assicurativa complementare presupposta dalla legge può avere solo carattere accessorio rispetto alla prestazione principale.

Infine, ai sensi della legge, la lettera c stabilisce che un'attività di intermediazione non assoggettata alla sorveglianza non può costituire un'attività principale.

Le condizioni suesposte secondo le lettere a–c devono essere soddisfatte cumulativamente.

Art. 3

La modifica è di carattere puramente tecnico-legislativo.

(Titolo secondo: Avvio dell'attività assicurativa, capitolo 1: In generale)

Art. 5b Attività connesse con l'attività assicurativa

Capoverso 1

La disposizione attua il modificato articolo 11 LSA, che nella lettera a non esige più un nesso «diretto» tra l'attività assicurativa e le attività parassicurative di un'impresa di assicurazione. Secondo la volontà del Parlamento, alle imprese di assicurazione deve essere concesso un

¹² Cfr. in proposito anche BSK VAG-Rimle, ad art. 40.

¹³ Cfr. art. 1 (3) della direttiva 2016/97/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 gennaio 2016, sulla distribuzione assicurativa (rifusione), GU L 26/19.

marginale di manovra leggermente più ampio per tenere conto delle nuove esigenze della clientela e consentire l'innovazione. Tuttavia, in linea con il diritto europeo, con cui va garantita anche in futuro l'equivalenza del diritto svizzero (cfr. voto del consigliere agli Stati Schmid sull'art. 11 LSA nella seduta del Consiglio degli Stati del 13 dicembre 2021), si continua a esigere una stretta connessione tra l'attività assicurativa e l'attività parassicurativa. Ciò è garantito con le condizioni enunciate nel presente capoverso, che devono essere soddisfatte cumulativamente. Al riguardo occorre considerare che nel settore della riassicurazione si deve presupporre un campo di applicazione più ampio delle attività parassicurative, ossia una connessione meno stretta tra attività di riassicurazione e attività parassicurative.

I servizi erogati da una società del gruppo a un'altra società del gruppo continuano a essere considerati affini all'assicurazione.

Lettera a

La lettera a chiarisce che l'attività parassicurativa deve avere un rapporto funzionale complementare all'attività assicurativa oppure essere un prodotto risultante direttamente dall'attività assicurativa. Tuttavia tale nesso non deve essere imperativamente vincolato alla conclusione di un singolo contratto di assicurazione o al calcolo attuariale del premio. I partner commerciali possono quindi essere anche broker, potenziali clienti o altri terzi. Il necessario rapporto funzionale sussiste se vi è una relazione con una funzione importante dell'impresa di assicurazione. Ciò può verificarsi anche se un assicuratore, in misura strettamente limitata, immette sul mercato prodotti o servizi che sviluppa per la sua propria attività e per i quali dispone della competenza e dei processi necessari, anche se nel caso specifico ciò non comporta l'acquisto di un prodotto assicurativo. Si pensi in proposito, per esempio, al *risk engineering*, alla consulenza per la cibersicurezza, alla consulenza sulla previdenza o alla consulenza patrimoniale. A questo titolo dovrebbe essere possibile agli assicuratori anche vendere o concedere in licenza ad altri assicuratori o società interessate un sistema informatico sviluppato per l'assicurazione. È ipotizzabile pure che il call center di un assicuratore utilizzi le proprie risorse inattive per mettere a disposizione *servizi valet* a clienti non assicurativi. Infine, l'impresa di assicurazione dovrebbe poter esercitare anche la pura intermediazione di prodotti e servizi di terzi entro limiti ristretti.

Lettera b

L'esercizio dell'attività parassicurativa non deve essere possibile illimitatamente in termini di volume d'affari e cerchia dei destinatari. Per salvaguardare la stretta relazione con l'attività assicurativa, un'impresa di assicurazione deve rimanere chiaramente tale e non diventare un offerente di prodotti vari con assicurazione annessa. In tal senso la lettera b restringe il raggio d'azione dell'attività consentita secondo la lettera a, ammettendo solo entro limiti molto circoscritti attività che hanno un rapporto funzionale con le attività assicurative, ma che la giurisprudenza non definisce attività assicurative. Non è possibile quantificare queste attività, poiché dipendono dal ramo assicurativo e anche dalla conseguente attività in questione. Come regola generale si può ipotizzare che tale attività sia strettamente limitata se gli emolumenti da essa generati rimangono di norma al di sotto del 5 per cento del fatturato di un'impresa di assicurazione. Nella valutazione del volume consentito si può considerare se i clienti sono propri stipulanti o terzi di altro tipo. Se un'attività comprende soltanto propri stipulanti, il limite potrebbe essere esteso.

Capoverso 2

Le imprese di assicurazione devono tenere conto di tutte le attività di cui al presente articolo nella gestione dei rischi secondo l'approccio sia qualitativo che quantitativo. L'articolo 22 LSA e gli articoli 96 e seguenti OS relativi alla gestione dei rischi sono applicabili di conseguenza. L'integrazione nel SST dipende dal tipo e dalla portata del rischio dell'attività estranea all'assicurazione. Occorre dunque procedere a una valutazione caso per caso. Se la modellizzazione è insufficiente o per coprire i rischi operativi, per esempio se lo esige la situazione di rischio, la FINMA può disporre adeguate maggiorazioni del capitale previsto o adeguate riduzioni del capitale sopportante i rischi.

Capoverso 3

La nuova attività contemplata dal presente articolo si distingue dall'attività assicurativa vera e propria, per esempio perché non sono riscossi premi né sono costituite riserve tecniche. Se figura nel bilancio dell'impresa di assicurazione, questa attività comporta dunque una presentazione e una rendicontazione trasparenti e separate.

Capoverso 4

La disposizione chiarisce la procedura applicabile nel caso in cui un'attività non soddisfi più uno dei requisiti di cui al capoverso 1.

Art. 5c Attività non connesse con l'attività assicurativa

Capoverso 1

Nella definizione dei dettagli, il Consiglio federale tiene conto dei rischi dell'impresa di assicurazione e degli assicurati anche nell'attività non connessa con l'attività assicurativa (art. 11 cpv. 2 LSA). In questa ottica il presente capoverso sancisce i criteri applicati dalla FINMA nella verifica dell'attività non esente da autorizzazione.

Secondo la lettera a, gli interessi degli assicurati non possono essere messi in pericolo. Un siffatto pericolo potrebbe esistere, per esempio, quando un'impresa di assicurazione iscrive a bilancio rischi dell'attività estranea all'assicurazione di cui non ha il controllo. Per contro, è possibile ammettere attività estranee all'assicurazione non esenti da autorizzazione se i rischi sono chiari e gestibili.

La lettera b sancisce pertanto che l'impresa di assicurazione deve padroneggiare i rischi derivanti dalle attività menzionate.

Secondo la lettera c, la sorveglianza della FINMA non deve essere resa eccessivamente difficile, come nel caso in cui l'attività estranea all'assicurazione non è ricostruibile, per esempio a causa della sua elevata complessità e della quasi assenza di competenze o standard specifici a tale attività. Naturalmente le imprese di assicurazione hanno la possibilità di illustrare alla FINMA i dettagli del tipo di attività in questione.

Capoverso 2

La disposizione esplicita che gli impegni assunti nell'ambito di trattati internazionali devono essere osservati. Ciò riguarda in particolare l'accordo concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita concluso con l'UE e il Regno Unito.

(Titolo secondo: Avvio dell'attività assicurativa, capitolo 3: Disposizioni sulla garanzia)

Art. 14a Organizzazione

Il governo d'impresa (*corporate governance*) disciplinato nel presente articolo rientra tra i requisiti fondamentali generalmente riconosciuti nella gestione di una società. Nell'ambito della sorveglianza degli assicuratori il governo d'impresa non è concretamente regolamentato a livello di legge o di ordinanza, bensì è desumibile dalle esigenze prudenziali concernenti la garanzia di un'attività irreprensibile (art. 14 cpv. 1 LSA), che tuttavia copre un raggio molto ampio. Per concretizzare tale garanzia, questo importante aspetto della gestione di un'impresa deve essere sancito a livello di ordinanza con una norma generale sull'organizzazione. Il governo d'impresa riguarda l'intera organizzazione della società e tutti i processi operativi lungo l'intera catena di creazione del valore. La prassi può continuare a essere configurata nel quadro definito dalla circolare FINMA 2017/02 «*Corporate governance* - assicuratori».

(Titolo secondo: Avvio dell'attività assicurativa)

Capitolo 3a: Conflitti di interessi

Art. 14b *Definizione*

Le imprese di assicurazione devono adottare provvedimenti organizzativi adeguati per evitare conflitti di interessi (art. 14a LSA). Il presente articolo concretizza come esse assicurano che i loro interessi e quelli dei loro collaboratori (ed eventualmente degli intermediari assicurativi loro vincolati) non si oppongano agli interessi degli stipulanti e che gli interessi degli stipulanti non siano in conflitto tra loro.

Occorre osservare in generale che le azioni orientate al rendimento fanno parte per loro natura di ogni attività e di per sé non costituiscono ancora un conflitto di interessi né violano il principio della buona fede. Per agevolare una delimitazione, l'ordinanza precisa prima di tutto il concetto di conflitto di interessi con un esempio.

I conflitti di interessi nei confronti dello stipulante possono sorgere non solo nella relazione diretta con l'impresa di assicurazione, ma in determinate situazioni anche con imprese correlate con quest'ultima. Rientrano nel caso specifico in primo luogo gli intermediari assicurativi vincolati, ma anche le società del gruppo al quale l'impresa appartiene.

Per chiarire la prassi al riguardo, in conformità con l'articolo 25 dell'ordinanza del 6 novembre 2019¹⁴ sui servizi finanziari (OSerFi) si rimarca che la gestione dei conflitti di interessi segue il meccanismo a cascata già stabilito nella LSA secondo cui i conflitti di interessi devono essere nei limiti del possibile evitati. Le imprese di assicurazione devono dunque essere in grado, dal punto di vista organizzativo, di riconoscere conflitti di interesse potenziali o reali. I pertinenti requisiti sono commisurati ai rischi, in particolare devono essere adeguati alle dimensioni, alla complessità e alla forma giuridica. Le imprese di assicurazione devono sostanzialmente verificare se, per esse stesse, i loro collaboratori o gli intermediari assicurativi ad esse vincolati, esistono incentivi a trascurare gli interessi degli stipulanti oppure ad anteporre i propri interessi. Al riguardo devono essere considerati sia gli incentivi finanziari corrisposti da terzi all'impresa di assicurazione sia gli incentivi offerti ai collaboratori o agli intermediari vincolati all'impresa di assicurazione. Per valutare se sussiste un conflitto di interessi, sono sempre determinanti le circostanze nel singolo caso, quindi in particolare la natura, la portata e la complessità delle attività, i segmenti di clienti interessati come pure la struttura dell'impresa di assicurazione, in particolare l'eventuale appartenenza a un gruppo con le sue interdipendenze. I provvedimenti organizzativi prescritti (art. 14a LSA) annoverano dunque per esempio le analisi nel processo di sviluppo dei prodotti (analisi delle esigenze; definizione dei gruppi target; accertamento delle esigenze dei clienti ecc.), un'accurata formazione di base e continua dei collaboratori che operano nella consulenza degli stipulanti e degli intermediari assicurativi vincolati all'impresa di assicurazione, una gestione delle vendite orientata al cliente (pagamento di provvigioni tenendo conto di criteri quantitativi, ma anche qualitativi) come pure monitoraggio e reporting (analisi dei rischi, studi sulla rete di vendita con audit in incognito [*mystery shopping*], controllo dei processi, *review* ecc.). Il tipo, la portata e la verifica di direttive interne eventualmente da emanare per evitare i conflitti d'interessi dovranno essere commisurati all'attività e alle dimensioni dell'impresa di assicurazione. Lo stesso vale per i provvedimenti da attuare.

Art. 14c *Pubblicazione*

Se i conflitti d'interesse non possono essere evitati o la loro esclusione ostacola la fornitura di un servizio assicurativo, l'impresa di assicurazione deve comunicarlo agli stipulanti (art. 14a cpv. 2 LSA). Consapevoli dei fatti essenziali, questi ultimi devono poter valutare se vogliono concludere il contratto di assicurazione malgrado il conflitto di interessi oppure, nel caso in cui il conflitto di interessi si verifichi soltanto dopo la conclusione del contratto nell'ambito di una relazione d'affari durevole, se mantenere in essere il contratto di assicurazione. La nozione di supporto durevole nel capoverso 4 si basa sull'articolo 4 (1) numero 62 MiFID II e comprende

¹⁴ RS **950.11** e spiegazioni della stessa data consultabili all'indirizzo: www.admin.ch > Consiglio federale > Documentazione > Comunicati stampa.

nello specifico anche e-mail, fax o registrazioni di ordini dei clienti predisposti durante un incontro.

(Titolo secondo: Avvio dell'attività assicurativa, capitolo 4: Disposizioni complementari per le imprese di assicurazione estere)

Art. 20 cpv. 1^{bis} e 1^{ter}

Il modello commerciale della succursale che opera esclusivamente all'estero necessita di spiegazioni, soprattutto nel contesto europeo. Le agevolazioni non devono dunque creare un ulteriore incentivo. Dal momento che la sorveglianza ordinaria tutela anche la reputazione della Svizzera, sembra opportuno piuttosto una sostanziale parità di trattamento tra le attività in Svizzera e quelle all'estero.

(Titolo terzo: Solvibilità, capitolo 1: Disposizioni generali)

Osservazioni preliminari sugli articoli 21– 50a

Gli elementi essenziali concernenti la solvibilità e la definizione dei requisiti di capitalizzazione per le imprese di assicurazione sono ora considerati negli articoli 9–9c LSA. Secondo queste disposizioni, il Consiglio federale emana prescrizioni concernenti la solvibilità. Tenendo conto dei principi riconosciuti a livello internazionale, deve disciplinare in particolare: (1) il livello di protezione degli assicurati dai rischi d'insolvenza delle imprese di assicurazione da raggiungere mediante la solvibilità, (2) il capitale sopportante i rischi e il capitale previsto nonché la loro determinazione, compresi i requisiti relativi ai modelli applicabili, e (3) i valori soglia, al di sotto dei quali la FINMA può adottare le misure di cui all'articolo 51 LSA. Il Consiglio federale può inoltre dichiarare rilevanti altre categorie di rischio oltre a quelle menzionate nell'articolo 9a capoverso 3 LSA. Questa nuova formulazione della base legale in materia di solvibilità comporta che il titolo terzo dell'OS debba essere completamente rielaborato, conferendogli anche una nuova struttura.

Art. 21 Obiettivo del test svizzero di solvibilità

Tra gli obiettivi perseguiti dalla LSA (cfr. art. 1 cpv. 2 LSA) si annovera in particolare la protezione degli assicurati dai rischi d'insolvenza delle imprese di assicurazione. Il SST è uno degli strumenti della sorveglianza prudenziale che contribuiscono a questa protezione sotto forma di requisito di capitalizzazione delle imprese di assicurazione. Il rischio di insolvenza può portare a un risanamento o a un fallimento dell'impresa di assicurazione.

Dal momento che la piena protezione dall'insolvenza è ottenibile solo con una massiccia dotazione di capitale, quindi i prodotti assicurativi raggiungerebbero costi proibitivi, viene qui richiesto un livello di protezione «in misura adeguata». Si ammette quindi che in determinati casi gli assicurati subiscano perdite sulle loro pretese. In altre parole, anche il SST lascia agli assicurati un «rischio residuo». Nella determinazione del livello di protezione occorre soppesare i vantaggi della protezione da un lato e i relativi costi dall'altro.

Devono essere protette in primo luogo le «pretese garantite dai contratti di assicurazione». L'impresa di assicurazione non può disporre liberamente di tali pretese degli assicurati, tra cui si annoverano (1) i crediti (a fronte di sinistri) degli assicurati a causa del verificarsi di eventi assicurati, (2) le garanzie finanziarie integrate nei contratti di assicurazione sulla vita (p. es. garanzie sui tassi d'interesse o sul capitale) oppure (3) possibilità di scelta concordate (opzioni incorporate) degli assicurati, tra cui l'opzione di prelievo del capitale, l'opzione di storno o quella di aumento della somma assicurata.

Non rientrano tra le pretese garantite, per esempio, gli sconti che non sono stati convenuti preventivamente o le partecipazioni alle eccedenze a favore degli assicurati, su cui l'impresa di assicurazione può decidere a sua discrezione, ossia il cui importo non è stabilito contrattualmente né garantito dalla legge. Neppure gli strumenti di capitale di terzi assorbenti il rischio si annoverano tra le pretese garantite.

Art. 22 Livello di protezione del SST

Il livello di protezione del SST comprende l'intero arco temporale durante il quale sussistono pretese garantite degli assicurati derivanti da contratti di assicurazione che l'impresa di assicurazione ha stipulato o stipulerà fino a 12 mesi dopo la data di riferimento. Numerosi impegni assicurativi non saranno estinti dall'impresa di assicurazione già nell'anno in cui sorgono. Di conseguenza il livello di protezione non deve limitarsi a 12 mesi, bensì estendersi all'intero periodo fino alla liquidazione finale delle pretese.

Capoverso 1

La definizione del livello di protezione è desunta dai possibili sviluppi a livello mondiale sull'arco di 12 mesi a partire da una data di riferimento. Questo lasso di tempo coincide in molti casi con un anno civile, ma potrebbe non essere così nel caso di un SST da effettuare nel corso dell'anno. Alla data di riferimento non è ancora noto quali possibili sviluppi si verificheranno.

Ognuno dei possibili sviluppi è correlato a un risultato dell'esercizio e, quindi, a un valore del capitale sopportante i rischi dell'impresa di assicurazione al termine dei 12 mesi. Gli sviluppi possono essere classificati astrattamente in base all'importo del capitale sopportante i rischi. In tal modo possono essere quantificati anche gli sviluppi con i valori più bassi del capitale sopportante i rischi che, insieme, presentano una probabilità di occorrenza dell'1 per cento. Questi sviluppi implicano generalmente non utili, bensì perdite. Da essi è possibile determinare la media del capitale sopportante i rischi. Il riferimento all'«expected shortfall» di cui all'articolo 36 AP-OS è necessario per la definizione matematica esatta della media menzionata.

Capoverso 2

Il livello di protezione esige che gli assicurati subiscano perdite al massimo al sopravvenire di quei possibili sviluppi che portano il capitale sopportante i rischi dell'impresa di assicurazione a scendere al di sotto di tale media. In altri termini, le pretese garantite degli assicurati devono poter essere onorate in tutti gli sviluppi in cui il capitale sopportante i rischi è superiore alla suddetta media.

Gli assicurati non subiscono perdite se l'impresa di assicurazione può adempiere regolarmente gli impegni esistenti in un dato sviluppo derivanti da contratti assicurativi, mantenendo ininterrottamente il livello di protezione del SST senza stipulare nuovi contratti, ossia senza assumere nuovi impegni assicurativi. Generalmente le pretese degli assicurati non sono liquidate alla fine dell'anno, bensì si estendono almeno in parte anche nei periodi successivi. Durante tali periodi futuri il livello di protezione deve rimanere invariato, ossia né aumentare (perché sarebbe troppo oneroso) né diminuire (per l'impresa costituirebbe un incentivo controproducente a differire i pagamenti). Per questo motivo il capoverso 2 sancisce che al termine dei primi 12 mesi l'impresa di assicurazione deve disporre di elementi patrimoniali sufficienti per onorare «regolarmente» le pretese mantenendo il livello di protezione.

La nozione di «onorare regolarmente» si inserisce in questa ottica: in linea di principio, l'adempimento delle pretese contrattuali degli assicurati è messo in pericolo in particolare se il rischio d'insolvenza comporta un risanamento o un fallimento, poiché in tal caso l'esistenza del contratto di assicurazione potrebbe non essere preservata e le prestazioni promesse potrebbero non essere soddisfatte integralmente nella misura del livello di protezione. In questo senso, a tutela delle pretese degli assicurati, nel SST devono essere indirettamente considerate anche le pretese contrattuali degli altri creditori, riconoscendo un eventuale effetto di assorbimento del rischio stabilito per contratto. Quest'ultimo è rilevante in particolare per gli strumenti di capitale assorbenti il rischio (art. 37 AP-OS), che corrispondono ai fondi in grado di assorbire le perdite (art. 9a cpv. 2 LSA) e possono essere computati nel capitale sopportante i rischi purché ci sia il consenso della FINMA, non vengano considerati nel capitale previsto e rientrino nei limiti di computabilità di cui all'articolo 35 AP-OS.

Il SST si basa soltanto sulla valutazione conforme al mercato e il sovraindebitamento nel bilancio SST. I valori conformi al mercato o i valori di mercato degli attivi e degli impegni sono

rilevanti per garantire una liquidazione regolare delle pretese garantite dai contratti di assicurazione nell'ambito del livello di protezione prestabilito nel SST. Si applicano in particolare nella liquidazione o nel trasferimento a un'altra impresa di assicurazione dei contratti mantenuti in essere, anche nell'ambito di un risanamento. Il rischio d'insolvenza come fattore scatenante in particolare di un risanamento o di un fallimento (art. 51a LSA) non è considerato nel SST. Il bilancio statutario non deve quindi essere modellizzato nel SST, ma le imprese di assicurazione devono sottoporlo a un monitoraggio adeguato nell'ambito della gestione generale dei rischi (p. es. nell'autovalutazione della situazione di rischio e del fabbisogno di capitale [*Own Risk and Solvency Assessment*, ORSA]).

Art. 23 Considerazione di nuovi contratti nella determinazione della solvibilità

La FINMA può acconsentire, su richiesta dell'impresa di assicurazione l'impresa di assicurazione, che nella determinazione della solvibilità, oltre all'adempimento delle pretese degli assicurati senza stipulare nuovi contratti a partire dal termine dei 12 mesi dalla data di riferimento, l'impresa di assicurazione consideri la possibilità di continuare a stipulare nuovi contratti al termine dei 12 mesi in determinate situazioni. La FINMA vi acconsentirà in particolare se l'impresa di assicurazione dispone di tecniche di modellizzazione avanzate. In ogni caso permane la condizione che sia garantita una liquidazione ordinata, ossia l'adempimento delle pretese degli assicurati senza stipulare nuovi contratti, mantenendo il livello di protezione.

Titolo prima dell'art. 24

Capitolo 2: Valutazione conforme al mercato

Art. 24 Valore conforme al mercato

Capoverso 1

La disposizione recepisce le prescrizioni dell'articolo 9a capoverso 1 LSA, secondo cui determinate posizioni del bilancio globale utilizzato nel SST sono valutate ai valori di mercato, segnatamente gli attivi il cui valore di mercato è affidabile ai sensi dell'articolo 26 AP-OS. Il primo periodo riformula leggermente il testo nell'attuale allegato 3 (n. 1 cpv. 1 e n. 2 cpv. 1). Invece di «valore di mercato sicuro», formulazione che può dare adito a fraintendimenti, si utilizza ora «valore di mercato affidabile», in conformità con il numero marginale 31 della circolare FINMA 2017/3¹⁵.

Capoverso 2

Il presente capoverso sancisce, senza apportare modifiche a livello di contenuto, che le posizioni iscritte all'attivo e al passivo del bilancio, il cui valore di mercato non è affidabile, sono valutate sulla base di un modello. Ciò corrisponde all'attuale allegato 3 (n. 1 cpv. 2), ma l'espressione «modello di valutazione» è utilizzata attualmente nel numero marginale 32 della circolare FINMA 2017/3. La valutazione si riferisce sia a quella alla data di riferimento, rilevante per il computo del capitale di base e del capitale sopportante i rischi, sia a quella alla fine dei 12 mesi dalla data di riferimento, rilevante per il computo del capitale previsto. Alla data di riferimento la valutazione è effettuata per la situazione in quella data e per le diverse situazioni alla fine dei 12 mesi risultanti dai possibili sviluppi in questo arco temporale dalla data di riferimento, tra cui rientrano in particolare le situazioni di stress.

Art. 25 Principio

La disposizione formula in modo più esplicito il principio fondamentale espresso nell'attuale allegato 3 (n. 2 cpv. 3 lett. b) per la determinazione del valore conforme al mercato, senza trattare posizioni di bilancio specifiche. Sancisce la prassi attuale della sorveglianza con riformulazioni di modesta entità (n. marg. 30 circ. FINMA 2017/3 e vigente all. 3 n. 3 cpv. 2 lett. c).

¹⁵ Circolare FINMA 2017/3 «SST» del 9 dicembre 2016.

A differenza del suddetto numero marginale 30, per chiarezza qui non si parla solo di «informazioni più recenti», bensì di «dati e informazioni più recenti». Nell'approccio del SST basato sulla data di riferimento, i dati e le informazioni più recenti acquisiscono un ruolo centrale.

Inoltre, non si parla più di mercati finanziari «liquidi e trasparenti», limitandosi all'attributo di «trasparenti», poiché qui viene formulato un principio globale di valutazione conforme al mercato, che include in particolare anche le posizioni illiquide, in particolare gli attivi illiquidi. A tal fine la prassi non si orienta esclusivamente a dati e informazioni concernenti mercati finanziari liquidi, come avviene ad esempio nella calibrazione della volatilità di determinati attivi o nella determinazione del supplemento per illiquidità in un tasso di sconto utilizzato nel calcolo del *discounted cash flow* (DCF) per valutare attivi illiquidi, tra cui gli immobili. Nell'articolo 28 AP-OS sono enunciate le condizioni per la valutazione specifica degli attivi con modelli di valutazione. In riferimento al «contrasto» con i dati e le informazioni più recenti, il margine di tolleranza per quelli illiquidi è tuttavia più ampio; al contrario, i dati e le informazioni che si riferiscono a mercati liquidi sono più restrittivi.

Art. 26 Valutazione degli attivi

Capoversi 1 e 2

In linea di principio gli attivi hanno un valore di mercato affidabile se possono essere venduti o acquistati a un valore di mercato. Qui ci si limita a specificare a quali condizioni un valore di mercato può essere considerato affidabile. La definizione si basa sul numero marginale 31 della circolare FINMA 2017/3 e utilizza l'espressione «società di intermediazione mobiliare», ormai diffusa nella regolamentazione dei mercati finanziari, anziché «commercianti di valori mobiliari». Un valore di mercato degli attivi dovrebbe essere in particolare «unitario», nel senso che i prezzi di diverse operazioni sugli attivi devono essere nello stesso momento all'incirca uguali per diverse controparti.

Capoverso 3

Il valore conforme al mercato degli attivi determinato mediante modelli di valutazione deve consistere in un prezzo di acquisto e di vendita, come avviene per il valore degli attivi con un valore di mercato affidabile. Il modello di valutazione degli attivi deve fornire un valore al quale l'impresa di assicurazione può, a seconda dei casi, vendere o acquistare gli attivi. Al riguardo è necessario considerare opportunamente eventuali premi, che i partecipanti al mercato chiederebbero a titolo di compensazione dei relativi rischi e, in particolare, di quello di illiquidità (premi di illiquidità). In tal modo è garantito in primo luogo che la valutazione non porti a un'incongruenza con il livello di protezione prescritto. Ciò non significa che la valutazione nel bilancio alla data di riferimento debba essere improntata a criteri prudenti, ma piuttosto che deve riflettere realisticamente la situazione in quel momento. Il capoverso 2 sancisce la prassi consolidata ed è formulato sulla falsariga del primo periodo del numero marginale 32 della circolare FINMA 2017/3.

Art. 27 Valutazione degli impegni

Negli impegni qui considerati sono compresi gli impegni assicurativi, la cui valutazione è trattata nell'articolo 30 AP-OS. Il testo corrisponde alla prassi attuale ed è attinto dal secondo periodo del numero marginale 32 della circolare FINMA 2017/3. Si tratta in particolare di una determinazione del valore degli altri impegni basata su principi. A tal fine, soltanto il numero 3 capoverso 1 dell'allegato 3 della vigente OS contiene un'osservazione secondo cui il valore è corretto dell'effetto della propria solvibilità (cfr. art. 29 AP-OS).

Art. 28 Modelli di valutazione degli attivi

Coerentemente con la formulazione nel vigente allegato 3 (n. 2 cpv. 3), questo articolo si riferisce alla determinazione del valore conforme al mercato degli attivi ricorrendo a modelli di valutazione.

Capoverso 1

La lettera a corrisponde al vigente allegato 3 (n. 2 cpv. 3 lett. a). Per gli attivi, che sono in relazione con contratti di (ri)assicurazione o rischi assicurativi (p. es. crediti di riassicurazione e investimenti ILS), la matematica finanziaria ammette anche l'applicazione di metodi attuariali alla valutazione dell'aspetto del rischio assicurativo.

Nel contenuto la lettera b corrisponde all'attuale allegato 3 (n. 2 cpv. 3 lett. b). Il riferimento a grandezze di mercato osservabili si ricollega all'articolo 25 AP-OS, considerando che «osservabili» sottolinea la tracciabilità oggettiva dei dati utilizzati. Tuttavia le grandezze in questione non devono essere necessariamente riferite a mercati liquidi. Ciò costituirebbe una limitazione eccessiva, poiché i modelli di valutazione riguardano attivi che non hanno valori di mercato affidabili, quindi non sono negoziati come liquidi.

Capoverso 2

Questa norma è identica all'attuale allegato 3 (n. 2 cpv. 3 lett. c).

Art. 29 Considerazione del rischio di insolvenza

I due capoversi del presente articolo corrispondono alla prassi attuale e riformulano il numero marginale 44 della circolare FINMA 2017/3 e il vigente allegato 3 (n. 3 cpv. 1, secondo periodo) (cfr. anche n. marg. 45 circ. FINMA 2017/3).

Capoverso 1

Per la valutazione degli attivi occorre considerare il rischio di insolvenza della controparte, in quanto rilevante sia per un eventuale prezzo di vendita sia per i flussi di cassa in entrata. Coerentemente con l'articolo 26 capoverso 2 AP-OS, il rischio di insolvenza e altri rischi devono essere valutati applicando una riduzione che corrisponde alla compensazione richiesta da un partecipante al mercato a fronte dei rischi. Per l'attuazione concreta di questo requisito in un modello esistono diverse tecniche riconosciute dalla matematica finanziaria (in particolare espliciti premi di rischio o la scelta di un adeguato parametro di valutazione).

Capoverso 2

Rispetto al vigente allegato 3 OS (n. 3 cpv. 1, secondo periodo), la disposizione si applica a tutti gli impegni e non solo ai «rimanenti» e per chiarezza include anche flussi di pagamenti in uscita, in analogia con il numero marginale 45 della circolare FINMA 2017/3. A fini di chiarezza e in linea con l'articolo 37 AP-OS, sono riportati anche gli strumenti di capitale assorbenti il rischio considerati nel capitale previsto. Infine viene ora precisato che il rischio di insolvenza proprio dell'impresa di assicurazione (come definito dettagliatamente di seguito) non può essere in linea di principio considerato neppure per gli strumenti di capitale assorbenti il rischio che sono computati nel capitale sopportante i rischi o considerati nel capitale previsto. Tuttavia, in casi tipici per questi strumenti assorbenti il rischio, il proprio rischio di insolvenza può essere presumibilmente tralasciato in virtù del principio di essenzialità, per cui la valutazione di tali strumenti può avvenire al valore di mercato (se affidabile). Questi punti sono precisati di seguito.

Per gli strumenti di capitale assorbenti il rischio, computati nel capitale sopportante i rischi o considerati nel capitale previsto, si distingue tra la considerazione della solvibilità e quella del rischio di insolvenza dell'impresa di assicurazione stessa. Per questi strumenti di capitale assorbenti il rischio la considerazione della solvibilità propria dell'impresa di assicurazione è un elemento essenziale dell'effetto di assorbimento del rischio. Il relativo contratto contiene disposizioni che hanno un effetto di riduzione degli impegni in primo luogo in caso di deterioramento della solvibilità (ossia in caso di deterioramento della situazione finanziaria dell'impresa di assicurazione). In particolare si procede ad ammortamenti, conversioni o proroghe delle scadenze se il quoziente SST scende al di sotto di una determinata soglia.

D'altro canto, nella valutazione degli impegni non deve essere generalmente considerato il rischio di insolvenza in senso stretto proprio dell'impresa di assicurazione (il rischio che una somma esigibile per contratto non sia pagata o lo sia solo parzialmente per problemi di liquidità, sovraindebitamento o mancanza di volontà). Altrimenti non sarebbe possibile estrapolare

un valore che rifletta l'onere per l'adempimento degli impegni e possa essere utilizzato per constatare se gli attivi sono sufficienti per onorare gli impegni garantiti alla controparte.

Per gli strumenti di capitale assorbenti il rischio, l'insolvenza dell'impresa di assicurazione ha una rilevanza limitata: se incombono problemi di liquidità o di sovraindebitamento dell'impresa di assicurazione, si procede all'ammortamento, alla conversione o alla proroga delle scadenze di uno strumento di capitale assorbente il rischio ammesso sulla base della configurazione del contratto. Questi strumenti di capitale assorbenti il rischio non portano all'insolvenza dell'impresa di assicurazione, che può dunque scaturire unicamente dalla mancata volontà di pagare, ossia se l'impresa di assicurazione non versa un pagamento convenuto per contratto in violazione delle condizioni contrattuali. Nella prassi questo rischio di insolvenza può essere probabilmente considerato in casi tipici sufficientemente esiguo da poter essere trascurato nella valutazione in base al principio di essenzialità. Di conseguenza, in questi casi può essere utilizzato semplicemente il valore di mercato (se affidabile) senza adeguamenti per gli strumenti di capitale assorbenti il rischio computati o considerati nella determinazione del valore conforme al mercato.

Art. 30 Valutazione degli impegni assicurativi

Capoverso 1

La disposizione disciplina la valutazione conforme al mercato degli impegni assicurativi concretizzando la definizione generale di impegni (art. 27 AP-OS). È stabilito così un collegamento con l'articolo 21 AP-OS: la valutazione conforme al mercato degli impegni assicurativi riguarda l'adempimento delle pretese degli assicurati garantite dai contratti di assicurazione mantenendo costante il livello di protezione del SST ai sensi dell'articolo 22 AP-OS. Dato che il livello di protezione nel SST è richiesto solo per un periodo di 12 mesi, l'effettivo livello di protezione per le pretese a lungo termine sull'intero arco temporale può essere notevolmente ridotto.

La valutazione conforme al mercato degli impegni assicurativi nel SST non è un costrutto teorico. Il valore corrisponde piuttosto al concreto onere finanziario sostenuto per adempiere (costi di adempimento) gli impegni di pagamento derivanti dalle pretese degli assicurati in virtù dei contratti di assicurazione «in un numero sufficiente di casi» (ossia conformemente al livello di protezione). Questo adempimento comporta generalmente anche l'utilizzo di capitale, per cui nei costi di adempimento sono contenuti anche i costi di capitale.

Capoverso 2

Questa norma corrisponde all'allegato 3 in vigore (n. 3 cpv. 2, primo periodo).

Capoverso 3

Qui viene illustrato il calcolo del migliore valore di stima (*best estimate*). Il primo periodo corrisponde in gran parte al secondo periodo del vigente allegato 3 (n. 3 cpv. 2), anche se per coerenza con l'articolo 21 AP-OS si parla di flussi di pagamento «garantiti» anziché «assicurati per contratto», senza che sia intesa una modifica della prassi. In particolare nel modello standard si deve mantenere la parziale semplificazione utilizzata nella prassi che non considera determinate eccedenze per l'attività in Svizzera.

Il secondo periodo corrisponde al numero marginale 49 della circolare FINMA 2017/3, ma con una formulazione più concisa e nel livello normativo appropriato. Sono specificati i flussi di pagamenti da considerare nel migliore valore di stima. In particolare il migliore valore di stima viene distinto dall'importo minimo di cui al capoverso 4 escludendo i costi di capitale come parte del valore degli impegni assicurativi conformemente all'articolo 30 capoverso 1 AP-OS.

Relativamente al migliore valore di stima si parla ora di flussi di pagamenti «scontati al tasso *risk-free*» anziché «scontati con una curva di rendimento senza rischio». Questa modifica generalizza l'attuale disciplinamento nell'OS in conformità con la prassi attuale. Mentre la vecchia formulazione si riferisce a una curva dei rendimenti per le obbligazioni *risk-free*, la nuova formulazione consente ora in particolare anche l'attualizzazione con un fattore di sconto dato da un conto di risparmio *risk-free*, a brevissimo termine, proiettato nel futuro secondo un modello

stocastico. Ciò corrisponde all'interpretazione già diffusa del migliore valore di stima nell'utilizzo dei cosiddetti generatori di scenari economici (*Economic Scenario Generators*, ESG). Nell'ambito delle assicurazioni sulla vita tale interpretazione è stata spesso applicata, e talvolta lo è tuttora, dalle imprese di assicurazione stesse con la designazione di «valutazione neutrale al rischio». In linea di principio deve essere utilizzata nel modello standard del ramo vita, tranne in caso di non materialità. Questi modelli di valutazione basati sugli ESG sono particolarmente importanti soprattutto per le garanzie sostanziali sensibili all'andamento dei mercati finanziari, come nel caso delle annualità variabili.

La principale famiglia di modelli di valutazione basati sugli ESG è chiamata «valutazione neutrale al rischio», per la quale viene calcolato il valore atteso di una misura di valutazione che adempie una condizione matematica insieme al conto di risparmio *risk-free*. Questa condizione esige che tutti i *tradeable* scontati (attivi per i quali è possibile presumere che siano negoziati continuamente su mercati spessi e liquidi) costituiscano le cosiddette martingale (locali). L'ESG che modella il mercato dei *tradeable* deve basarsi su un metodo riconosciuto dalla matematica finanziaria. Ne risulta un approccio coerente con i principi di valutazione degli attivi, soprattutto quando il rischio assicurativo è trascurabile. In generale hanno rilevanza naturalmente anche i fattori di rischio assicurativo, pertanto la misura di valutazione può essere molto più generale di quella della matematica finanziaria.

I modelli di valutazione basati sugli ESG possono essere molto complessi e molteplici. In particolare, potrebbero essere consentiti anche i cosiddetti *cambi di numerario*, che possono avere rilevanza per esempio nei cambi di valuta, nelle valutazioni semplificate o in determinati approcci di valutazione *real world*, ossia fondata su situazioni reali. Di conseguenza i modelli di valutazione basati sugli ESG per gli impegni assicurativi rimangono in ogni caso soggetti all'obbligo di autorizzazione da parte della FINMA come nella prassi attuale, sempre che non corrispondano all'ESG di un modello standard.

La nuova formulazione contiene la precedente come caso speciale: il migliore valore di stima (nella «valutazione neutrale al rischio») è dato dalla somma dei flussi di cassa scontati secondo una curva dei rendimenti *risk-free*, attesi nella misura di probabilità *real world*, se i flussi di cassa dell'attività assicurativa sono indipendenti dai mercati finanziari e si ipotizza anche la misura di valutazione. Dal momento che la curva dei rendimenti *risk-free* è nota al momento della valutazione, l'attualizzazione può essere inclusa nel valore atteso (condizionato), che corrisponde approssimativamente alla formulazione della vigente OS ipotizzando che siano determinati i valori attesi *real world*, il che non è attualmente specificato.

Capoverso 4

La nuova disposizione considera elementi della regolamentazione vigente (art. 41 cpv. 3 e n. marg. 51 e 52 circ. FINMA 2017/3).

Con «accantonamento dei costi di capitale» viene precisato che l'importo minimo oltre al migliore valore di stima è parte integrante degli accantonamenti per onorare le pretese degli assicurati. Affinché l'accantonamento dei costi di capitale per l'adempimento degli impegni assicurativi da parte dell'impresa di assicurazione stessa sia sufficiente, è necessario che il finanziamento (indennizzo ed eventuale assunzione) di capitale sopportante i rischi sia assicurato sull'intero lasso temporale in cui esistono pretese degli stipulanti garantite dai contratti di assicurazione conclusi nel momento considerato.

L'importo minimo è ora definito nell'ordinanza sulla sorveglianza, che costituisce il livello normativo opportuno. In tal modo non viene messa in discussione la prassi attuale, bensì tutelata la fiducia in essa. Qualora in futuro si rivelasse necessario precisare, modificare o sviluppare la prassi, si procederebbe nel livello normativo opportuno nell'ambito di una valutazione globale e in base alle migliori conoscenze acquisite nel tempo.

L'importo minimo contiene i costi di capitale necessari in ogni futuro periodo di 12 mesi per finanziare il capitale sopportante i rischi che corrisponde al capitale previsto nel corrispondente periodo di 12 mesi (affinché il livello di protezione nel SST sia mantenuto). L'importo minimo alla fine dei 12 mesi a partire dalla data di riferimento si riferisce nella prassi attuale a una

situazione in cui non vengono stipulati nuovi contratti e gli investimenti sono ridistribuiti in modo che non vengano assunti rischi di mercato e di credito evitabili. Nella prassi attuale i costi del capitale per un periodo di 12 mesi sono pari al corrispondente capitale previsto moltiplicato per l'opportuno tasso di costo del capitale.

L'importo minimo è dato dagli importi futuri del capitale previsto determinati sostanzialmente secondo un modello stocastico e dai corrispondenti tassi di costo del capitale. In tal modo il calcolo esatto dell'importo minimo diventa complesso e, secondo il principio della proporzionalità, si pone l'interrogativo di quali semplificazioni siano possibili senza compromettere l'adempimento del livello di protezione. Conformemente al numero marginale 52 della circolare FINMA 2017/3, salvo disposizioni della FINMA di diverso tenore il calcolo dell'importo minimo in un dato momento può essere semplificato nel seguente modo: l'importo minimo è dato dalla somma dei valori attuali dei costi di capitale in tutti gli anni futuri su cui si estende l'adempimento degli impegni assicurativi da parte dell'impresa di assicurazione stessa tenendo conto dell'evoluzione attesa in quel momento. Tale semplificazione consente di considerare solo l'evoluzione attesa in quel momento anziché le numerose evoluzioni possibili. Si tratta dunque di un'unica proiezione verso il futuro, per cui in questo caso gli importi del capitale previsto e i costi di capitale nel momento considerato sono deterministici.

Art. 31 Curve di rendimento

Capoversi 1 e 2

Le disposizioni si basano sulla norma di delega dell'articolo 9b LSA e sulla prassi attuale della sorveglianza, come stabilito in particolare nel numero marginale 46 della circolare FINMA 2017/3. La FINMA continuerà a indicare soltanto le curve dei rendimenti *risk-free* per le principali valute. Per altre valute è determinante il capoverso 4.

Le curve dei rendimenti *risk-free* indicate dalla FINMA (così come eventuali curve dei rendimenti *risk-free* proprie delle imprese di assicurazione secondo i capoversi 3 e 4) devono essere conformi al mercato e, in particolare, non presentare scostamenti inspiegabili da quotazioni di mercato *risk-free* affidabili. Il fatto che gli scostamenti siano spiegabili o meno dipende dall'entità delle restrizioni risultanti dalle grandezze di mercato, in primo luogo dalle quotazioni di mercato. Gli scostamenti sono spiegabili, in particolare, se si collocano all'interno dell'intervallo denaro/lettera (*bid-ask*). La determinazione della curva dei rendimenti è un aspetto della massima importanza per il mercato assicurativo. Nel capoverso 2 si fa dunque riferimento agli obiettivi della vigilanza sui mercati finanziari di cui all'articolo 4 LFINMA da considerare anche a questo proposito, segnatamente la protezione degli assicurati e il rafforzamento della reputazione e della concorrenzialità della piazza finanziaria svizzera, nonché la capacità di quest'ultima di affrontare le sfide future.

Capoverso 3

Qui la prassi della sorveglianza (n. marg. 46, secondo periodo, circ. FINMA 2017/3) è disciplinata a livello di ordinanza.

Capoverso 4

Anche qui la prassi della FINMA (n. marg. 47 circ. FINMA 2017/3) è innalzata a livello di ordinanza.

Capoverso 5

Secondo il presente capoverso, è consentito l'utilizzo nel SST di curve dei rendimenti ammesse come *risk-free* conformemente alla normativa sulla solvibilità di una giurisdizione estera per l'attività di una filiale ubicata in questa giurisdizione. Nell'ambito del regime *Solvency II* si presuppone che le curve dei rendimenti adempiano il requisito, in particolare sono consentite tutte le curve dei rendimenti ammesse dall'Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali (EIOPA) per determinati portafogli. L'applicazione corretta deve essere esposta nel rendiconto SST. Una filiale ai sensi del presente capoverso è un'impresa di assicurazione non direttamente assoggettata al SST. Il capoverso 4 riguarda quindi il SST di

gruppo di gruppi e conglomerati assicurativi svizzeri e (per un'impresa di assicurazione svizzera con partecipazione in un'impresa di assicurazione estera) nel modello di partecipazione la modellizzazione di contratti assicurativi esteri in questa partecipazione.

Titolo prima dell'art. 32

Capitolo 3: Capitale sopportante i rischi

Art. 32 Definizioni

Il presente articolo corrisponde alle disposizioni in vigore (art. 47 cpv. 1, 48 e 49) con alcune modifiche riconducibili in particolare ai nuovi articoli 9–9b LSA. Le definizioni e le determinazioni sono separate dalle restrizioni alla computabilità secondo l'articolo 34 AP-OS, che riprende il vigente articolo 47 capoversi 2 e 3. Nel capoverso 4 lettera d l'attuale formulazione «imposte latenti sugli immobili» di cui all'articolo 48 capoverso 1 è sostituita da «imposte latenti sugli immobili e tasse di mutazione», senza implicare una modifica della prassi.

Capoverso 2

Un'importante modifica consiste nel fatto che, nella definizione del capitale di base (così come degli attivi netti SST nel cpv. 3), l'importo minimo non viene più aggiunto come sinora (art. 48 cpv.1). Questa nuova disposizione facilita la formulazione, aumenta la comparabilità con altri test di solvibilità, comporta una definizione più semplice del capitale previsto e agevola la definizione del quoziente SST soprattutto rispetto all'attuale numero marginale 62 della circolare FINMA 2017/3.

Inoltre, è ora consentito esporre nel capitale di base strumenti di capitale assorbenti il rischio Tier 1 che sono stati approvati dalla FINMA conformemente all'articolo 36 AP-OS e non sono considerati nel capitale previsto, fino a un importo computabile (quindi all'effetto quantitativo computabile dato dai limiti di computabilità definiti nell'articolo 34 capoverso 4 AP-OS).

Capoverso 3

In seguito alla revisione della legge, deve essere utilizzata la nuova espressione «attivi netti SST». Inoltre è ora esplicitamente menzionata l'esclusione delle posizioni relative alle imposte proprie dell'impresa dal bilancio SST. Ciò corrisponde all'attuale prassi della sorveglianza e sinora era sancito nel numero marginale 18 della circolare FINMA 2017/3 (ultimo periodo) e in relazione con il migliore valore di stima nel vigente allegato 3 (n. 3 cpv. 2 lett. a n. 4).

Capoverso 4

Nella lettera d l'attuale formulazione «imposte latenti sugli immobili» di cui al vigente articolo 48 capoverso 1 è sostituita da «imposte latenti sugli immobili e tasse di mutazione», senza implicare una modifica della prassi.

Capoverso 5

Il presente capoverso riprende in parte l'attuale articolo 49, tuttavia senza la distinzione tra capitale complementare superiore e inferiore e senza le limitazioni alla computabilità per il capitale complementare inferiore. Questi elementi sono ora trattati nell'articolo 38 AP-OS. Nell'ordinanza riveduta il capitale complementare consiste dell'importo computabile degli strumenti di capitale assorbenti il rischio autorizzati dalla FINMA (art. 34 cpv. 6 AP-OS) che sono computati nel capitale sopportante i rischi e non sono considerati nel capitale previsto, ma non sono strumenti Tier 1 computati nel capitale di base.

Nel caso generale, la ripartizione del capitale sopportante i rischi nel bilancio SST, escludendo le voci relative alle imposte dell'impresa e le deduzioni di cui al capoverso 4, può essere così schematizzata (CAR sta per strumenti di capitale assorbenti il rischio; le singole posizioni non sono in scala):

Attivi	Altri impegni		
	Altri CAR computati	Capitale complementare	Capitale sop- portante i ri- schi
	CAR Tier 1 computati	Capitale di base	
	Voce di capitale (attivi netti SST)		

Art. 34 Computabilità di strumenti di capitale assorbenti il rischio

La nuova disposizione riassume le restrizioni alla computabilità degli strumenti di capitale assorbenti il rischio (art. 22b, art. 47 e art. 49 vigenti).

Capoverso 1

In questa disposizione viene utilizzato il concetto di ripercussioni in termini di importo (cfr. art. 22b cpv. 1 vigente) per descrivere l'impatto che gli strumenti di capitale assorbenti il rischio hanno sul SST se sono computati nel capitale sopportante i rischi o considerati nel capitale previsto. In caso di computo nel capitale sopportante i rischi, la ripercussione in termini di importo è definita come il pieno valore conforme al mercato alla data di riferimento. Il capitale sopportante i rischi che risulta dal computo è lo stesso (tranne che per gli effetti dei limiti della computabilità) che risulterebbe se gli strumenti di capitale assorbenti il rischio così computati non esistessero come impegni. Al contrario, quando vengono presi in considerazione nel capitale previsto, le ripercussioni in termini di importo sono equiparate all'impatto effettivo sul capitale previsto. In tal modo, l'impatto di assorbimento del rischio dei corrispondenti strumenti di capitale assorbenti il rischio è calcolato esplicitamente con la determinazione del SST. Se il livello di protezione (art. 22 AP-OS) è rispettato alla data di riferimento, questo impatto è al massimo pari al valore conforme al mercato di questi strumenti alla data di riferimento.

Capoversi 2-4

I presenti capoversi riguardano la computabilità nel capitale sopportante il rischio degli strumenti di capitale assorbenti il rischio che scadono nei 12 mesi successivi alla data di riferimento per il SST (cpv. 2) o sui quali l'impresa di assicurazione emittente detiene un'opzione di rimborso anticipato (cpv. 3). I due capoversi sono paragonabili alla disciplina vigente (art. 49 cpv. 3 lett. a). Se esiste un'opzione di rimborso, questa può essere esercitata nei 12 mesi successivi alla data di riferimento, se possibile, senza sostituzione dei relativi strumenti di capitale assorbenti il rischio. Il capoverso 3 autorizza, tuttavia, un computo completo degli effetti in termini di importo (entro i limiti della computabilità di cui ai cpv. 5-7) alle seguenti condizioni: in primo luogo, l'opzione di rimborso può essere esercitata soltanto fornendo previamente alla FINMA la prova che i requisiti di rimborso (art. 37 cpv. 1 lett. d ed e AP-OS) sono soddisfatti e se la FINMA accetta tale prova. Se uno strumento di capitale assorbente il rischio non viene sostituito prima da uno strumento di valore uguale o superiore, questa prova viene fornita tramite un'adeguata determinazione del SST. Ovviamente, nel quadro di questo processo viene applicato il principio generale di proporzionalità. In secondo luogo, le ripercussioni sul SST vengono anche rese pubblicamente trasparenti conformemente al capoverso 4. Secondo il capoverso 2, invece, se la durata residua non supera il periodo di 12 mesi determinato a partire dalla data di riferimento, nella determinazione del capitale previsto si deve presumere che alla fine della durata avrà luogo un rimborso al valore nominale. La pubblicazione di cui al capoverso 4 non deve avere la forma di un rapporto completo sulla situazione finanziaria, ma può limitarsi alle indicazioni sulla solvibilità secondo il SST.

Capoverso 5

Questa disposizione definisce i limiti della computabilità di strumenti di capitale assorbenti il rischio nel Tier 1 al capitale di base di cui all'articolo 32 capoverso 2 AP-OS.

Capoverso 6

Il capoverso 6 definisce i limiti della computabilità degli altri strumenti di capitale assorbenti il rischio che, secondo l'articolo 32 capoverso 5 AP-OS, vengono computati come capitale complementare nel capitale sopportante i rischi o considerati nel capitale previsto. I valori di riferimento sono gli attivi netti SST. Il contenuto del capoverso corrisponde al diritto vigente (art. 22b cpv. 1 e 47 cpv. 2).

Capoverso 7

Il capoverso 7 riprende la deroga vigente (art. 47 cpv. 3).

Titolo prima dell'art. 35

Capitolo 4: Capitale previsto

Art. 35 Definizione e calcolo

Capoverso 1

La definizione del capitale previsto corrisponde alla disciplina vigente (art. 41 cpv. 1). Il capitale previsto è calcolato secondo il capoverso 1 solo se al capitale sopportante i rischi non sono computati strumenti di capitale assorbenti il rischio. In tal caso il capitale sopportante i rischi, il capitale di base e gli attivi netti SST sono identici.

Il capitale previsto risulta in modo naturale dalla concretizzazione degli articoli 21 e 22 AP-OS: corrisponde a una dotazione di capitale minima, che permette di rispettare il livello di protezione necessario a onorare le pretese degli assicurati derivanti dai contratti di assicurazione. Rende operativo il legame tra la dotazione di capitale richiesta dal SST (e quindi in ultima analisi il quoziente SST) e il rispetto del livello di protezione e stabilisce anche un nesso con la valutazione da utilizzare per il rispetto di tale livello. A tal fine, la definizione del livello di protezione (art. 22 AP-OS) viene concretizzata fissando il capitale previsto come capitale minimo sopportante i rischi (ossia gli attivi netti SST) che deve essere disponibile alla data di riferimento affinché sia rispettato il livello di protezione da raggiungere con il SST alla data di riferimento. Inoltre, si stabilisce che gli assicurati non subiscono perdite sulle loro pretese se il capitale sopportante i rischi, cioè gli attivi netti SST, alla fine del periodo di 12 mesi determinato a partire dalla data di riferimento, non è negativo (quindi, all'incirca, il valore degli attivi è almeno pari al valore degli impegni).

Un'importante novità deriva dalla definizione modificata di capitale sopportante i rischi nell'articolo 32 AP-OS, e più precisamente di capitale di base nel capoverso 2 e di attivi netti SST nel capoverso 3. Pertanto, nella definizione di capitale previsto l'importo minimo non appare più separatamente, a differenza della norma vigente (art. 41 cpv. 1), ma viene dedotto come impegno negli attivi netti SST. Ne risulta un'espressione analoga a quella contenuta nel numero marginale 57 della circolare FINMA 2017/3. Allo stesso modo, nella formula del capitale previsto del capoverso 2, l'importo minimo non è più aggiunto. Pertanto, il concetto di «capitale di rischio su un anno» indicato nel numero marginale 60 della circolare FINMA 2017/3 diventa superfluo.

Capoverso 2

Questa norma contiene la formula per il calcolo del capitale previsto ormai ancorato a livello appropriato nell'OS (finora n. marg. 60 circ. FINMA 2017/3,). Nella sostanza essa afferma che il capitale previsto può essere calcolato a partire dalla variazione di un anno del capitale sopportante i rischi. Alla fine del periodo di 12 mesi determinato a partire dalla data di riferimento, il capitale sopportante i rischi risulta dalla somma degli attivi netti SST e degli strumenti di capitale assorbenti il rischio (valutati alla fine del periodo di 12 mesi determinato a partire dalla data di riferimento), che alla data di riferimento sono computati nel capitale di base o come capitale complementare nel capitale sopportante i rischi.

A causa della ripercussione in termini di importo che gli strumenti di capitale assorbenti il rischio generano quando vengono computati nel capitale sopportante i rischi (art. 34 cpv. 1 AP-

OS), quest'ultimo è allora pari alla somma degli attivi netti SST senza gli impegni, che vengono computati quali strumenti di capitale assorbenti il rischio nel capitale sopportante i rischi. Pertanto, la variazione di un anno dei valori conformi al mercato di questi impegni non è considerata nel capitale previsto. Ciò garantisce, come richiesto dall'articolo 37 AP-OS, che tali impegni non siano presi in considerazione anche nel capitale previsto per ridurre il rischio.

Per garantire che gli strumenti di capitale assorbenti il rischio che non sono computati nel capitale sopportante i rischi o non sono approvati dalla FINMA per la considerazione nel capitale previsto, non abbiano ugualmente un effetto di assorbimento del rischio sul capitale previsto, nel calcolo del capitale previsto essi devono essere modellizzati escludendo le loro proprietà di assorbimento del rischio. Tuttavia, in questo contesto ciò non è richiesto separatamente, perché precedentemente (art. 29 cpv. 2 AP-OS) è già stato specificato che, in particolare per tali strumenti, nella valutazione non vengono considerati gli effetti di riduzione degli impegni della solvibilità dell'impresa di assicurazione stessa.

Capoverso 3

La norma corrisponde alla prassi esistente, secondo cui i pagamenti effettuati durante un periodo di 12 mesi determinato a partire dalla data di riferimento devono per principio essere considerati nel capitale previsto. Questo è particolarmente degno di nota per quanto riguarda gli strumenti di capitale assorbenti il rischio che vengono computati nel capitale sopportante i rischi, in quanto, come menzionato sopra nel commento del capoverso 2, quando vengono computati nel capitale sopportante i rischi, questi strumenti non appaiono più direttamente come impegni nel calcolo del capitale previsto. I rimborsi del credito in capitale attraverso l'esercizio di opzioni di rimborso sui pagamenti di cui al capoverso 3 sono esclusi dai pagamenti da prendere in considerazione se i relativi strumenti di capitale assorbenti il rischio sono computati nel capitale sopportante i rischi, perché essi sono trattati separatamente nell'articolo 34 AP-OS.

Art. 36 Expected shortfall

La disposizione sostituisce la definizione di «expected shortfall» dell'attuale allegato 2, che viene rivisto e diventa il nuovo allegato 3, e riprende sostanzialmente la prassi prevista nel numero marginale 58 della circolare FINMA 2017/3. Si suppone che le perdite nella variabile aleatoria siano valori esigui o negativi, che sia usato il quantile «inferiore» e che il calcolo dell'expected shortfall avvenga usando i valori più piccoli della variabile aleatoria.

Titolo prima dell'art. 37

Capitolo 5: Strumenti di capitale assorbenti il rischio

Art. 37 Computo e tenuta in considerazione

L'articolo 37 corrisponde al diritto vigente (art. 22a OS), ma nella versione rivista fa riferimento solo al SST e non più alla Solvibilità I. Inoltre, sono resi più rigorosi i requisiti per la computabilità e la tenuta in considerazione degli strumenti di capitale assorbenti il rischio e, in particolare, vengono introdotti due livelli diversi di qualità dei fondi propri (Tier 1 e Tier 2).

Capoverso 1

Per quanto riguarda gli strumenti di capitale assorbenti il rischio, nella presente revisione dell'OS si opera una nuova distinzione linguistica tra il loro «computo» nel capitale sopportante i rischi e la loro «tenuta in considerazione» nel capitale previsto (art. 46 cpv. 4 vigente).

Il computo degli strumenti di capitale assorbenti il rischio nel capitale sopportante i rischi comprende ora il computo nel capitale di base (art. 32 cpv. 2 AP-OS) e il computo quale capitale complementare (art. 32 cpv. 5 AP-OS).

La disciplina vigente non contiene disposizioni che garantiscano un'alta qualità del capitale proprio regolamentare (Tier 1), a differenza della regolamentazione delle banche e del settore

assicurativo nell'UE. Ne consegue anche una mancanza di privilegi di computo rispetto agli strumenti di Tier 2; questo si è tradotto finora in un incentivo all'uso di strumenti di Tier 2 di qualità inferiore. La prima parte della lettera c introduce strumenti di Tier 1 di qualità superiore. In tal modo viene ampliata la gamma di opzioni di rifinanziamento delle imprese di assicurazione.

Nella lettera c viene precisato che i requisiti per gli strumenti di Tier 1 o Tier 2 devono essere inclusi nel contratto relativo a questi strumenti. Con contratto si intendono tutti i documenti e le regolamentazioni giuridicamente rilevanti per lo strumento di capitale assorbente il rischio. L'impostazione giuridica del rapporto contrattuale tra l'impresa di assicurazione e i creditori di obbligazioni o prestiti può assumere forme diverse a seconda della struttura dell'emissione e del carattere dello strumento. Lo scopo della norma è che tutte le forme di emissione debbano soddisfare i requisiti.

Gli strumenti di Tier 1 non hanno una data di rimborso fissa (rinvio all'art. 38 cpv. 1 AP-OS). Essi si estinguono al verificarsi di eventi definiti per contratto (trigger), tuttavia al più tardi quando il quoziente SST scende sotto la soglia dell'80 per cento e in caso di rischio di insolvenza, nonché se viene revocata l'autorizzazione, attraverso la riduzione completa dei crediti o la conversione in capitale proprio statutario. Il pericolo di insolvenza si riferisce alla persona giuridica e al suo bilancio statutario. È definito come timore fondato che un'impresa di assicurazione sia sovraindebitata o abbia gravi problemi di liquidità (art. 53 cpv. 1 e 51a LSA). La revoca dell'autorizzazione è disciplinata dall'articolo 37 LFINMA e comporta la liquidazione. Quando si verifica un trigger, ciò provoca una riduzione completa del credito o una conversione completa in capitale proprio statutario. Se la conversione è prevista nel contratto, l'impresa di assicurazione deve previamente assicurarsi che siano disponibili azioni sufficienti per la conversione.

Gli strumenti di Tier 2 non hanno una scadenza fissa di rimborso o hanno una durata originaria di almeno cinque anni (rinvio all'art. 38 cpv. 2 AP-OS). Quando si verifica un trigger, in ogni caso al più tardi quando il quoziente SST scende sotto la soglia del 100 per cento e in caso di rischio di insolvenza, l'impresa di assicurazione è autorizzata e tenuta a rinviare il pagamento del credito in capitale ed eventuali interessi passivi. Questa disciplina corrisponde alla prassi e al diritto vigenti. La nuova disciplina esige inoltre che le condizioni di cui all'articolo 51a capoverso 4 LSA siano soddisfatte. Questa importante novità giuridica, introdotta nel corso delle deliberazioni parlamentari, elimina l'eccedenza di debiti nel bilancio in questione innescata da strumenti di capitale assorbenti il rischio approvati dalla FINMA, in particolare a condizione che, in caso di liquidazione, fallimento o risanamento, il credito in capitale e il pagamento degli interessi derivanti da questi strumenti di capitale assorbenti il rischio siano postergati a tutti i crediti non postergati e a tutti i crediti postergati non computabili nel capitale previsto o nel capitale sopportante i rischi secondo l'articolo 9a LSA. L'attuale possibilità di postergazione del credito non ha permesso di eliminare l'eccedenza di debiti a bilancio. In questo modo, per gli attuali strumenti di capitale assorbenti il rischio non è stato possibile evitare neanche il fallimento. Con la nuova disciplina la qualità degli strumenti di Tier 2 viene nettamente migliorata nell'interesse degli assicurati e anche delle imprese di assicurazione.

Alla lettera d sono stati apportati un miglioramento redazionale e una precisazione in quanto ora è stato specificato che non è l'iniziativa relativa al rimborso anticipato del credito in capitale ad essere decisiva, bensì l'accordo dell'impresa di assicurazione. Il termine non univoco del portatore è omissis. Il contenuto materiale rimane invariato rispetto al regolamento vigente.

Viene aggiunta la lettera e. Il contratto deve stabilire che il rimborso di uno strumento di capitale assorbente il rischio a tempo determinato è consentito solo se non comporta il mancato raggiungimento della soglia del 100 per cento del quoziente SST o un rischio di insolvenza, oppure se lo strumento è sostituito da uno strumento di valore pari o più elevato. Un valore pari o più elevato si riferisce non solo alla qualità dello strumento, ma anche alla ripercussione in termini di importo nel SST. La disciplina della lettera e corrisponde alla prassi attuale e serve a chiarire e sottolineare questo principio centrale.

Capoverso 2

Secondo questa disposizione sono ammesse clausole contrattuali che permettono agli obbligazionisti di strumenti di Tier 1 di partecipare, dopo l'ammortamento o la conversione dei relativi strumenti, a un eventuale successivo risanamento dell'impresa di assicurazione. Questo meccanismo si applica nell'ambito della fase di ripresa («recovery phase»), tuttavia sempre al di fuori di un eventuale rischio di insolvenza. Se, ad esempio, il quoziente SST scende al di sotto della soglia dell'80 per cento e di conseguenza si procede a un ammortamento o una conversione, gli obbligazionisti possono partecipare a un eventuale successivo miglioramento della situazione finanziaria dell'impresa di assicurazione se nelle condizioni di emissione è stato loro concesso un diritto corrispondente. I requisiti del SST dell'impresa di assicurazione devono essere soddisfatti anche dopo il pagamento di un tale importo in un momento successivo, vale a dire il quoziente SST deve essere almeno del 100 per cento. Se un rischio di insolvenza si concretizza prima o dopo che il quoziente SST scenda sotto l'80 per cento, tale diritto è escluso in ogni caso. In altre parole, la partecipazione è esclusa se l'ammortamento o la conversione è dovuta al verificarsi di un rischio di insolvenza.

Capoverso 3

In base a questa nuova disposizione, gli strumenti di capitale assorbenti il rischio nel Tier 2 possono contenere un moderato incentivo al rimborso dello strumento, a condizione che questo incentivo non espliciti il suo effetto prima della scadenza di dieci anni dalla data di emissione. Questo è in linea con la pratica attuale e aumenta la flessibilità nella stesura del contratto, senza compromettere il carattere dello strumento in sé.

Capoverso 4

Il capoverso 4 corrisponde alla norma vigente.

Art. 38 Durata

La disposizione deriva dall'articolo 49 vigente, ma invece di capitale complementare superiore o inferiore, usa ora il concetto di strumenti di capitale assorbenti il rischio nel Tier 1 o nel Tier 2. Secondo il nuovo articolo 37 OS, la durata non è più l'unico criterio di distinzione, pertanto vi possono essere anche strumenti di Tier 2 che non hanno una scadenza fissa di rimborso. Ciò è precisato nel capoverso 2 in adattamento al vigente articolo 49.

Le vigenti restrizioni alla computabilità sono eliminate. L'attuale articolo 49 capoverso 3 lettera b è reso obsoleto dall'articolo 37 capoverso 1 lettera d AP-OS. Il vigente articolo 49 capoverso 3 lettera a è sostituito dall'articolo 34 AP-OS.

Titolo prima dell'art. 39

Capitolo 6: Quoziente SST e determinazione del SST

Art. 39 Quoziente SST

La disposizione eleva il concetto di quoziente SST, finora disciplinato nel numero marginale 62 della circolare FINMA 2017/3, in linea con la sua grande importanza a livello di OS e lo adegua alle nuove definizioni di capitale sopportante i rischi e capitale previsto. L'adeguamento va di pari passo con le disposizioni sulle soglie d'intervento, che sono state anch'esse inserite nell'OS.

Se il capitale previsto è negativo, non si può indicare alcun quoziente SST, perché diventerebbe negativo se il capitale sopportante i rischi fosse positivo e non potrebbe essere distinto dal caso di un capitale previsto positivo e di un capitale sopportante i rischi negativo, nonostante le corrispondenti situazioni di rischio SST possano essere chiaramente distinte.

Art. 40 Determinazione del SST

La disposizione corrisponde in larga misura all'attuale articolo 46a OS. I capoversi 2–5 corrispondono al vigente articolo 46 capoversi 2, 3 e 5 OS; il vigente articolo 46 capoverso 4 OS è

eliminato, poiché il suo contenuto è trattato nel nuovo articolo 32 capoverso 5 AP-OS. I capoversi 2–5 si riferiscono agli strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento di rischio, che possono essere suddivisi in coperture di riassicurazione e di retrocessione, strumenti di capitale assorbenti il rischio (tipicamente al passivo di bilancio) e «altri strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento di rischio», in particolare garanzie ricevute (generalmente all'attivo).

Capoverso 1

Con questa disposizione introduttiva il numero marginale 6 della circolare FINMA-2017/3 è trasposta nell'OS al livello normativo adeguato. I rischi determinanti ai quali sono esposte le imprese di assicurazione sono i rischi assicurativi, di mercato e di credito (art. 9a cpv. 3 LSA). Il Consiglio federale può dichiarare rilevanti ulteriori categorie di rischio e in singoli casi la FINMA può disporre l'inclusione di ulteriori categorie di rischio (art. 9b cpv. 2 LSA). Le categorie di rischio si riferiscono ai rischi rilevanti a cui sono esposte le imprese di assicurazione. Questi incidono segnatamente sulle voci del bilancio SST dell'impresa di assicurazione. Ciò comprende quindi anche, in particolare, le opzioni e le garanzie integrate nei contratti assicurativi menzionati nel vigente articolo 46 capoverso 1 e le altre garanzie emesse dall'impresa di assicurazione nonché gli impegni eventuali.

Capoverso 2

La norma è una forma abbreviata della precedente (art. 46 cpv. 2) e contiene ora un riferimento alle disposizioni del capoverso 3, rilevanti anche per la riassicurazione e la retrocessione. Naturalmente anche qui occorre osservare il principio di essenzialità.

Capoverso 3

Corrisponde al diritto vigente (art. 46 cpv. 3), ma ora sono formulati requisiti relativi alla configurazione e alla modellizzazione specifici per gli «altri strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento del rischio» (in particolare le garanzie ricevute). Per gli strumenti di capitale assorbenti il rischio, nel capoverso 4 si fa riferimento al capoverso 3.

- La lettera a incorpora una parte del numero marginale 64 della circolare FINMA 2017/3 nell'OS al livello normativo adeguato. Le condizioni espresse con i termini «giuridicamente vincolanti» e «applicabili» devono essere intese nel senso che il contratto, in primo luogo, è un negozio giuridico obbligatorio e, in secondo luogo, in caso di garanzia, esso sarà effettivamente applicato dal beneficiario della garanzia e il garante pagherà la prestazione di garanzia promessa. Se questo non avvenisse, ciò costituirebbe un evidente caso di abuso. Lo strumento sarebbe quindi stato erroneamente preso in considerazione per ridurre il capitale previsto. Questo comporterebbe conseguenze soprattutto in termini di diritto in materia di vigilanza.
- La lettera b corrisponde al diritto vigente (art 46 cpv. 3 lett. a), fatta eccezione per qualche adeguamento di minore entità.
- La lettera c sostituisce l'attuale articolo 46 capoverso 3 lettera b OS, integrato con elementi del numero marginale 65 della circolare FINMA 2017/3. Le interazioni della forma descritta possono avere un impatto sul rischio di insolvenza delle controparti e dovrebbero quindi essere prese in considerazione nella modellizzazione. Questo è rilevante anche per le coperture di riassicurazione e di retrocessione. Se sussistono tali interazioni, per la modellazione sono in genere disponibili anche dati e informazioni dettagliate.
- Con la lettera d il numero marginale 69 della circolare FINMA-2017/3 è integrato nell'OS al livello normativo adeguato. Si tratta dei diritti di scelta delle imprese di assicurazione concordati nei contratti degli strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento di rischio. I diritti di scelta non sono una componente essenziale, ma certamente possibile di tali strumenti. Dopo la modellizzazione SST, il loro esercizio è a libera discrezione dell'impresa di assicurazione che può quindi anche fare una scelta che si discosta dalla modellizzazione. L'autorità di vigilanza non può valutare in anticipo

se le ipotesi relative all'esercizio di scelta siano realistiche. Per evitare una disparità di trattamento e ridurre il potenziale di abuso, si esige quindi che l'esercizio modellato di queste opzioni sia più sfavorevole per il SST. Questo è significativamente meno incisivo dell'alternativa di non permettere per principio tali diritti di scelta. È possibile evitare la prescrizione in materia di modellizzazione formulando nel contratto trigger chiari senza tali diritti di scelta.

- La lettera e integra a livello di OS il numero marginale 70 della circolare FINMA-2017/3. Si tratta di contratti giuridicamente vincolanti ed applicabili per strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento di rischio che nella modellazione SST sono considerati alla data di riferimento in modo da ridurre il capitale previsto, ma successivamente vengono abrogati o adeguati nelle condizioni. In tal caso, le ipotesi fatte nella modellazione SST non sono più valide, motivo per cui un'abrogazione o una modifica dei contratti è possibile solo con l'approvazione preliminare della FINMA.
- Il punto di partenza per la lettera f è l'esperienza di vigilanza secondo cui, soprattutto nel caso dei meno comuni strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento di rischio che non sono classiche coperture di riassicurazione e retrocessione, e a seconda della controparte, l'effetto di riduzione del rischio o del capitale degli strumenti non è sempre chiaro e può differire notevolmente tra le diverse imprese di assicurazione. Per esempio, vi possono essere differenze per quanto riguarda l'effettiva realizzabilità dei valori patrimoniali trasferiti (comprese le partecipazioni in imprese di assicurazione). In linea di principio, tali limitazioni potrebbero in effetti essere recepite con una concezione molto generale del rischio di insolvenza. Il requisito è invece formulato esplicitamente nella lettera f al fine di aumentare la certezza del diritto, evitare disparità di trattamento nella prassi di vigilanza e impedire abusi. Per la computabilità non è richiesto che l'intero effetto di riduzione del rischio o del capitale debba essere generalmente dato, un requisito che sarebbe significativamente più incisivo, ma solo che eventuali limitazioni possano essere identificate e quantificate e, dato il caso, adeguatamente rappresentate.

Capoverso 4

La disposizione corrisponde al diritto vigente (art. 46 cpv. 5), ma con piccoli adeguamenti linguistici.

Capoverso 5

La disposizione disciplina l'applicabilità del capoverso 3 per gli strumenti di trasferimento di capitale e di trasferimento di rischio che rientrano negli articoli 36 e 37 AP-OS.

Art. 41 Ipotesi alla base della determinazione

La disposizione integra i numeri marginali 8-12 della circolare FINMA 2017/3 nell'OS al livello normativo adeguato. Si tratta delle ipotesi soggiacenti alla determinazione del SST rifletterebbe correttamente la realtà. La conoscenza del mondo reale (o della situazione di rischio di un'impresa di assicurazione) è spesso limitata. Pertanto, è particolarmente importante identificare le ipotesi su cui si basa esplicitamente o implicitamente la modellizzazione del mondo reale. Se queste ipotesi sono vere, si può almeno presumere che il modello rappresenti adeguatamente il mondo reale. Questo, in definitiva, rende la modellizzazione «comprensibile».

Capoverso 1

Le ipotesi dovrebbero, per quanto possibile, essere realistiche, coerenti tra loro e non essere in contrasto con dati e informazioni rilevanti. Le incertezze nelle ipotesi dovrebbero essere rese trasparenti e, se essenziali, tenute in debito conto nel SST. Questo corrisponde alla migliore pratica di modellazione nel trattare le incertezze. Con ciò non si intende cambiare il SST nella direzione di una valutazione conservativa o di una modellizzazione conservativa basata su ipotesi conservative. Le ipotesi devono continuare a rappresentare «migliori valori di stima

realistici»; lo stesso vale per qualsiasi ipotesi sull'incertezza delle ipotesi. Non sarebbe appropriato, alla luce della realtà della modellazione, richiedere il rispetto assoluto di questi requisiti, specialmente quando si considerano le incertezze. I requisiti devono essere presi in considerazione nel miglior modo possibile.

Capoverso 2

Le imprese di assicurazione devono essere in grado di spiegare come hanno svolto la propria determinazione del SST in modo da essere in grado di identificare le (più importanti) ipotesi sottostanti e le loro eventuali incongruenze.

Art. 42 Sostanzialità e semplificazioni

Capoverso 1

La disposizione riprende i numeri marginali 15 e 16 contenuti nella circolare FINMA 2017/3 e rappresenta la prassi esistente. Le semplificazioni, comprese le omissioni, sono ammesse nella determinazione del SST, a condizione che singolarmente e complessivamente non abbiano un effetto sostanziale. Un esempio di semplificazione è la valutazione di una voce di bilancio secondo norme contabili riconosciute, se questa si discosta dalla valutazione conforme al mercato.

Capoverso 2

Come nella prassi esistente, un effetto sostanziale può sussistere per ragioni esplicitamente quantitative o per ragioni qualitative. La sostanzialità quantitativa continua ad essere definita mediante il superamento verso l'alto o verso il basso di soglie di intervento e anche attraverso la variazione relativa del quoziente SST di una determinata percentuale relativa (cioè il limite non va inteso come punti percentuali del quoziente SST). Per la sostanzialità qualitativa, si usa la definizione usuale.

In linea di massima, la sostanzialità quantitativa deve essere soddisfatta nella sua totalità, ovvero per tutte le semplificazioni. Questo può fornire un quadro potenzialmente fuorviante perché gli effetti di singole semplificazioni con segni diversi o su risultati parziali diversi possono compensarsi a vicenda. In una tale situazione, l'effetto complessivo sul quoziente SST non è potenzialmente sostanziale, ma i risultati parziali potrebbero non essere più sufficientemente affidabili. In particolare, grandi effetti sul capitale sopportante i rischi e sul capitale previsto possono compensarsi a vicenda, di modo che nemmeno l'ammontare del capitale sopportante i rischi indicato e del capitale previsto risulta attendibile. In questi casi si deve ricorrere alla lettera b.

Art. 43 Scenari

L'articolo riassume il diritto anteriore (art. 42 cpv. 1, art. 44 e art. 45). Al fine di presentare la prassi attuale sugli scenari, i numeri marginali 71-75 della circolare FINMA 2017/3 sono integrati nell'OS al livello normativo adeguato. Coerentemente con l'attuale prassi di vigilanza, la regolamentazione degli scenari è presentata in forma più compatta. L'importanza degli scenari per il SST viene ridotta, in quanto essi non rappresentano più, in generale, una componente del SST (oltre al modello) da aggregare necessariamente al capitale previsto. Viene così integrata nell'OS la prassi consolidata negli ultimi anni che non presuppone più un generale obbligo di aggregazione.

Gli scenari sono particolarmente importanti in relazione alla copertura della situazione di rischio mediante il modello utilizzato, soprattutto in presenza di concentrazioni di rischio. Se il modello fornisce una copertura insufficiente della situazione di rischio, l'aggregazione di scenari, per esempio, potrebbe rappresentare una semplice soluzione transitoria fino a quando il modello non sarà stato adattato. In particolare, le concentrazioni di rischio specifiche delle imprese di assicurazione non possono sempre essere coperte in misura sufficiente da modelli standard.

Capoverso 1

La disposizione corrisponde al diritto vigente (art. 44 cpv. 1) e chiarisce che, come in precedenza, determinati scenari non influiscono necessariamente su tutte le imprese di assicurazione, ma solo su alcune (ad es. gli assicuratori del ramo danni).

Capoverso 2

La disposizione corrisponde al diritto vigente (art. 44 cpv. 3) adeguandolo alla prassi attuale secondo cui, in caso di situazioni di rischio particolari, una modifica degli scenari predefiniti non richiede più una domanda preliminare.

Capoverso 3

La disposizione corrisponde al diritto vigente (art. 44 cpv. 2) integrandolo con una versione di livello normativo adeguato del numero marginale 72 della circolare FINMA 2017/3. In aggiunta al modello continuano a esistere scenari che possono servire in particolare per verificare la copertura della situazione di rischio mediante il modello. In questo contesto, elementi importanti della situazione di rischio sono in particolare gli eventi estremi che interessano anche in più categorie di rischio e le concentrazioni di rischio.

Capoverso 4

Il capoverso 4 adatta il numero marginale 75 della circolare FINMA 2017/3 al livello normativo adeguato.

Capoverso 5

In questo capoverso vengono trasposti nell'OS i numeri marginali 73 e 74 della circolare FINMA 2017/3 e si rinvia in particolare all'unico scopo degli scenari di fornire informazioni utili sulla situazione di rischio.

Capoversi 6 e 7

I due capoversi incorporano (parzialmente) il numero marginale 74 della circolare FINMA 2017/3 nell'OS al livello normativo adeguato e dispongono che gli scenari siano considerati nel capitale previsto se essi (e quindi la situazione di rischio) non sono sufficientemente rappresentati dal modello. Potrebbero essere considerati in particolare l'aggregazione, i cambiamenti del modello o le maggiorazioni sul capitale previsto. La FINMA deve definire sia le regole o i principi generali (ad es. il metodo di aggregazione) sia la considerazione nel singolo caso specifico in cui il capoverso 6 è soddisfatto.

Se, in seguito a nuove informazioni o a circostanze mutate, dovesse rendersi necessaria una nuova aggregazione di scenari, la FINMA potrebbe avviare l'aggregazione solo dietro motivazione e nel rispetto dei processi pertinenti e dei diritti di partecipazione delle imprese di assicurazione.

Titolo prima dell'art. 44

Capitolo 7: Modelli

Art. 44 Principio

Gli articoli 44–47 AP-OS disciplinano l'uso di modelli standard e di modelli interni e corrispondono ai precedenti articoli 50a–50d OS con alcuni adeguamenti formali.

Art. 45 Modelli standard

I capoversi 1–3 contengono alcune precisazioni linguistiche.

Il capoverso 4 è nuovo e corrisponde alla prassi esistente secondo cui la modellizzazione del rischio di credito delle ipoteche nel modello standard SST dovrebbe basarsi sulle prescrizioni per l'approccio standard internazionale secondo l'AS-BRI dell'ordinanza del 1° giugno 2012¹⁶

¹⁶ RS 952.03

sui fondi propri. Nell'ottica odierna, la disposizione si riferisce principalmente alle ipoteche svizzere.

Art. 46 Modello interno o adeguamento di un modello standard

La disposizione è materialmente invariata rispetto alla vigente (art. 50c), ma menziona l'ulteriore possibilità dell'adeguamento soggetto all'obbligo di approvazione di un modello standard. Ciò codifica la prassi esistente degli adeguamenti dei modelli standard specifici delle imprese, introdotta al numero marginale 107 della circolare FINMA 2017/3, i cui requisiti sono specificati ai numeri marginali 108 e 109. I requisiti per gli adeguamenti soggetti all'obbligo di approvazione dei modelli standard 'resteranno in genere significativamente più bassi rispetto a quelli per i modelli interni.

Art. 47 Scelta, cambiamento e modifica del modello

La disposizione corrisponde a quella vigente (art. 50d) e non cambia la prassi di vigilanza.

Capoverso 1

Qui viene introdotto il concetto di «modello SST» derivante dal numero marginale 77 della circolare FINMA 2017/4 e, coerentemente con la prassi esistente, viene precisato che la FINMA può anche ordinare l'impiego di un modello standard con adeguamenti.

Capoverso 2

Viene ripreso il vigente articolo 50d capoverso 2. Alla sua introduzione, nel 2016, esso si riferiva a un imminente passaggio dai modelli interni, fino ad allora utilizzati da molte imprese di assicurazione, ai modelli standard. Nel frattempo, questo cambiamento è stato compiuto e la disposizione può essere adeguata di conseguenza.

Titolo prima dell'art. 48

Capitolo 8: Periodicità della determinazione e rapporto concernente il SST

Art. 48 Periodicità della determinazione

La disposizione sostituisce l'attuale articolo 51 e lo completa con due capoversi, che corrispondono alla prassi esistente e forniscono un quadro più completo nel caso di una determinazione del SST. Il capoverso 3 fissa nell'OS al livello normativo adeguato' la prassi esistente di cui ai numeri marginali 186-187 della circolare FINMA 2017/3. Il capoverso 4 stabilisce la prassi esistente secondo cui per le transazioni che soggiacciono all'approvazione della FINMA, nell'ambito del processo di autorizzazione deve essere effettuata una determinazione approssimativa del SST.

Art. 49 Rilevazione dei dati

Ad eccezione di alcuni adeguamenti linguistici, il capoverso 1 è identico all'attuale articolo 52. Il capoverso 2 fissa nell'OS al livello normativo adeguato una parte 'del numero marginale 145 contenuto nella circolare FINMA 2017/3.

Art. 50 Rendiconto SST

La disposizione corrisponde all'attuale articolo 53, ma riprende alcuni passaggi dei numeri marginali 154–159 della circolare FINMA 2017/3. Ora si parla di «rendiconto SST». Questo termine figura in particolare nel numero marginale 153 della circolare FINMA 2017/3. Esso offre una certa flessibilità qualora, in futuro, si dovesse ricorrere a una forma di rendiconto diversa dal rendiconto SST.

Art. 50a Stress test

Gli stress test possono essere estremamente utili alla FINMA, quale autorità integrata, per valutare la situazione di rischio dell'intero mercato, fornendo una panoramica dei più importanti istituti finanziari in Svizzera.

Gli stress test sono anche destinati a intensificare il dialogo lungimirante della vigilanza. La FINMA può discutere i risultati con la direzione dei gruppi assicurativi e delle imprese di assicurazione. Le esigenze di capitale imposte dalla legislazione in materia di vigilanza e le conseguenze che ne derivano direttamente si basano ancora sul SST. La FINMA può discutere i confronti tra i risultati degli stress test e l'autovalutazione ORSA, utilizzata come strumento di gestione interna del rischio.

Gli stress test imposti dall'autorità di vigilanza e la loro analisi giocano un ruolo sempre più importante anche negli standard internazionali, sia a livello microprudenziale che macroprudenziale, specialmente nel contesto del summenzionato approccio di vigilanza lungimirante. La FINMA può discutere i risultati degli stress test nell'ambito del *Supervisory College* o in eventuali *Crisis Management Group*.

Sebbene i risultati degli stress test non vengano generalmente pubblicati, possono verificarsi situazioni eccezionali in cui i requisiti dell'articolo 22 LFINMA sono soddisfatti e la FINMA ha l'obbligo legale d'informare.

Capitolo 9: Misure e interventi

Osservazioni preliminari sugli art. 51–53

Conformemente all'articolo 9b capoverso 1 lettera c LSA il Consiglio federale disciplina in particolare «i valori soglia, al di sotto dei quali la FINMA può adottare le misure di cui all'articolo 51 LSA». Di conseguenza, negli articoli qui appresso le soglie di intervento dei numeri marginali 198–220 della circolare FINMA 2017/3 e le relative misure sono elevate a livello di OS.

Alla luce dell'esperienza acquisita con la prassi di vigilanza, risultano alcuni cambiamenti nelle soglie di intervento, nelle scadenze e nelle misure. Il sistema attuale è piuttosto complesso per un'attuazione efficace, invece il nuovo sistema è più chiaro, più semplice e si adatta meglio alle diverse situazioni nella prassi. Si limita a condensare alcune prescrizioni generali e allo stesso tempo conferisce alla FINMA la competenza' di discostarsene in casi giustificati.

Anche le misure applicate e i piani d'azione approvati dalla FINMA nell'attuale prassi di vigilanza sono ampiamente compatibili con il nuovo sistema.

La prassi di vigilanza ha dimostrato che le situazioni individuali delle imprese di assicurazione che si trovano in difficoltà sono spesso molto diverse. In particolare, le misure possono frequentemente essere attuate entro un lasso di tempo più breve rispetto alle scadenze precedenti. Questo può essere auspicabile per le imprese di assicurazione in termini di *public disclosure*. Se i precedenti periodi più lunghi fossero interamente utilizzati senza necessità, gli assicurati sarebbero esposti a un livello di protezione eccessivamente basso per un tempo inutilmente lungo e potrebbero essere particolarmente vulnerabili a rischi aggiuntivi proprio durante questo periodo.

Art. 51 Soglie d'intervento

La disposizione combina le soglie d'intervento e le zone di cui ai numeri marginali 198–202 e al numero marginale 203 della circolare FINMA 2017/3. Il capoverso 1 stabilisce il legame tra la solvibilità secondo il SST e le misure di protezione della FINMA per il tramite delle soglie d'intervento. Come nel diritto anteriore, il valore di riferimento per le soglie di intervento resta il quoziente SST in quanto valore relativamente semplice e facile da determinare. Per il collegamento alle misure di protezione della FINMA secondo l'articolo 51 LSA, nel capoverso 2 sono ora definite due invece di tre soglie d'intervento e quindi tre invece di quattro «zone». La zona gialla si estende ora dalla soglia del 100 per cento alla soglia del 33 per cento. La zona arancione (tra la soglia del 80 % e quella del 33 %) decade.

Art. 52 Misure generali

La disposizione corrisponde in parte ai numeri marginali 204-205 della circolare FINMA 2017/3 e formula i requisiti generali per le misure, in particolare per pagamenti di dividendi e rimborsi di capitale nonché per nuovi contratti, in funzione delle zone secondo l'articolo 51 AP-OS.

Capoverso 1

Al di sotto della zona verde, il livello di protezione degli assicurati prescritto dal Consiglio federale non è soddisfatto. Pertanto, le opzioni di intervento dell'impresa di assicurazione, in particolare i deflussi di fondi come distribuzioni di dividendi e rimborsi di capitale, sono soggette ad approvazione se comportano che immediatamente dopo la loro attuazione l'impresa di assicurazione non si troverebbe nella zona verde.

Capoverso 2

Nella zona gialla la FINMA può applicare, attraverso una valutazione appropriata del singolo caso, le misure di protezione di cui all'articolo 51 LSA per salvaguardare gli interessi degli assicurati. Vi può rientrare una sospensione della stipulazione di nuovi contratti. In singoli casi, per proteggere gli assicurati può anche essere necessario avviare una liquidazione già in zona gialla. Le opportunità di trasferimenti di portafoglio devono essere sfruttate per tempo.

Capoverso 3

Le imprese di assicurazione in zona rossa possono eventualmente adottare misure urgenti come l'aumento del capitale o l'adeguamento del piano d'esercizio, che in tempi brevi e in modo immediatamente riconoscibile portano all'uscita dalla zona rossa. In tal caso, le misure definite per la zona rossa non sono applicate. In caso contrario, non si procede più automaticamente alla revoca dell'autorizzazione e alla liquidazione secondo l'articolo 52 LSA, come avveniva finora, bensì alla sospensione della stipulazione di nuovi contratti e alla liquidazione. L'obiettivo è la protezione delle pretese in essere degli assicurati attraverso la liquidazione ordinata del portafoglio assicurativo esistente. Così il contratto di assicurazione è mantenuto in essere e la prestazione promessa viene soddisfatta nella misura del possibile.

Capoverso 4

Se le condizioni dell'articolo 37 LFINMA sono soddisfatte, la FINMA può continuare a revocare l'autorizzazione alle imprese di assicurazione, in particolare se queste si collocano in zona rossa, soprattutto se i requisiti in materia di solvibilità sono stati gravemente violati. Nel singolo caso bisogna valutare se gli interessi degli assicurati possono essere meglio serviti dalla liquidazione o dal mantenimento dell'impresa di assicurazione. Per completezza si sottolinea che la revoca dell'autorizzazione come misura rimane naturalmente riservata anche in altre situazioni, sempre tenendo conto della soglia d'intervento di cui all'articolo 37 LFINMA.

Le imprese di assicurazione non devono essere erroneamente incentivate a cadere in zona rossa senza subire conseguenze sostanziali, perché in tale zona la protezione degli assicurati è seriamente a rischio. In assenza di conseguenze appropriate, potrebbero verificarsi abusi e distorsioni della concorrenza, in particolare a scapito dei concorrenti che rispettano il livello di protezione prescritto dal Consiglio federale.

Capoverso 5

Questo capoverso conferisce alla FINMA la facoltà di derogare ai requisiti del capoverso 3 in casi motivati. In particolare, questo permette una considerazione più precisa del livello di protezione effettivamente presente in casi specifici e la disponibilità e l'efficacia delle misure, ad esempio per l'aumento del capitale. L'esperienza di vigilanza ha dimostrato che, a seconda della situazione specifica, la disponibilità, l'efficacia e l'adeguatezza delle misure concrete possono variare notevolmente tra le imprese di assicurazione.

Art. 53 Piano di misure

La disposizione definisce il piano di misure che le imprese di assicurazione in zona gialla devono allestire e rispettare (attualmente n. marg. 206-218 circ. FINMA 2017/3).

Capoverso 1

Come nel diritto anteriore, il piano di misure deve essere elaborato dall'impresa di assicurazione e presentato alla FINMA per approvazione. Le imprese di assicurazione che dispongono di piani di stabilizzazione di cui all'articolo 22a LSA elaborati *ex ante* che le preparano, insieme alla FINMA, ad affrontare situazioni di crisi sul piano tecnico, procedurale e comunicativo mediante scenari ipotetici e individualmente rilevanti, devono tenerne conto nell'elaborazione dei piani di misure.

Capoverso 2

In zona gialla l'obiettivo è quello di raggiungere, con un'elevata probabilità, la zona verde entro un certo lasso di tempo. Poiché durante questo periodo gli assicurati non sono protetti con il livello di protezione prescritto e soprattutto allora possono essere particolarmente vulnerabili ai rischi aggiuntivi, tale periodo non dovrebbe essere più lungo del necessario.

Alla FINMA viene conferita la facoltà di prorogare il termine di 24 mesi. Sono ipotizzabili casi, soprattutto se molte imprese di assicurazione sono contemporaneamente in difficoltà, in cui termini troppo brevi potrebbero ulteriormente peggiorare le prospettive di miglioramento. Questo può avvenire soprattutto se, nel momento della difficoltà, c'è incertezza sugli sviluppi futuri; per esempio, nel caso di una distorsione di mercato, se ci sarà un rapido miglioramento o la distorsione sarà prolungata. Scadenze più lunghe potrebbero permettere di dover fare meno affidamento su misure a breve termine e di adattarsi a situazioni mutevoli, seguendo l'evoluzione delle informazioni.

Tuttavia, la proroga del termine non deve essere automatica. La FINMA deve avere la facoltà di decidere caso per caso se una proroga avrà un impatto positivo sul recupero dell'impresa di assicurazione interessata. Se esistesse un automatismo, questo potrebbe creare falsi incentivi ad anticipare termini più lunghi.

Capitolo 10: Ulteriori disposizioni

Art. 53a Semplificazioni

La disposizione corrisponde all'attuale articolo 50e, ma ora è reso esplicito che le semplificazioni non devono compromettere l'adempimento del livello di protezione, in altre parole che il requisito di soddisfare il livello di protezione deve essere rispettato nonostante le circostanze particolari.

Art. 53b Maggiorazioni e riduzioni

L'articolo corrisponde all'attuale articolo 50f con l'aggiunta che, in alternativa o in aggiunta alle maggiorazioni del capitale previsto e alle riduzioni del capitale sopportante i rischi, può essere disposta anche l'aggregazione di scenari. Questa possibilità deriva indirettamente dagli attuali articoli 42, 44 e 45 e direttamente dal numero marginale 185 della circolare FINMA 2017/3 e corrisponde alla prassi esistente. Per quanto riguarda la copertura di ulteriori rischi, sono rilevanti in particolare le prescrizioni di cui all'articolo 9b capoverso 2 LSA.

(Titolo quarto: Riserve tecniche e patrimonio vincolato

Capitolo 1: Riserve tecniche

Sezione 1: Principi)

Art. 54 cpv. 4

Già oggi l'articolo 54 capoverso 4 OS contiene una norma di delega alla FINMA. Questa ha bisogno di essere interpretata per quanto riguarda la regolamentazione dei dettagli relativi al

genere e all'entità, e risulta incompleta per quanto riguarda l'impiego delle riserve. La disposizione deve quindi essere completata come segue: «dettagli concernenti genere, *impiego* ed entità delle riserve tecniche». Con questa precisazione si vuole chiarire, nell'interesse degli assicurati, che l'impiego delle riserve è importante e che la FINMA può disciplinarne anche i dettagli.

(Sezione 2: Assicurazione sulla vita)

Art. 62

La presente disposizione deve essere abrogata. È in contraddizione con il principio di riserve sufficienti. Storicamente, è piuttosto da considerarsi come un'opzione di diritto transitorio, poiché a suo tempo erano state introdotte nuove riserve di cui le imprese di assicurazione non disponevano ancora e che quindi dovevano essere costituite *ex novo*.

Con l'introduzione a livello legislativo della nuova normativa in materia di risanamento, il contenuto normativo di questo articolo è diventato obsoleto. Se le riserve di un'impresa di assicurazione sono insufficienti, subentrano le misure di protezione e le misure in caso di rischio di insolvenza secondo gli articoli 51 e seguenti della LSA.

(Capitolo 2: Patrimonio vincolato)

Sezione 2: Investimento e costituzione

Art. 75a Principi dell'investimento

Capoverso 1

La disposizione riassume importanti principi di investimento che possono essere sussunti sotto il principio della prudenza imprenditoriale («Prudent Person Principle»). Essi implementano essenzialmente i requisiti derivanti dal numero 15 dei principi chiave per una sorveglianza efficace sulle assicurazioni, i cosiddetti ComFrame¹⁷.

Per quanto riguarda in particolare la *lettera e*, va notato che in base alle circostanze del singolo caso il principio della prudenza imprenditoriale determina ciò che corrisponde a un livello prudente. Se, da un lato, gli investimenti che non sono negoziati su un mercato finanziario regolamentato possono essere adatti a coprire gli obblighi assicurativi, dall'altro possono anche essere associati a rischi aggiuntivi. Inoltre, può essere difficile alienarli tempestivamente, specialmente in situazioni di crisi. La valutazione di tali investimenti può essere difficile o incerta, se non ci sono prezzi osservabili su un mercato regolamentato. Poiché la loro negoziazione è spesso assai meno frequente o avviene solo su mercati meno profondi, liquidi o trasparenti, altrettanto spesso scarseggiano dati affidabili sull'andamento storico dei prezzi che permettano una valutazione dei rischi e anche se i dati sono disponibili, questi non coprono necessariamente l'intero mercato. In questo caso, è particolarmente importante che la metodologia prevista per la valutazione e il giudizio della solvibilità nelle varie situazioni possibili sia adeguata e solida. Nell'identificare e sorvegliare i rischi, anche i rischi idiosincratici e sistemici meritano un'attenzione speciale.

Non tutte le categorie di investimenti negoziati su un mercato finanziario regolamentato sono interessate allo stesso modo. Per esempio, un fondo a investitore unico che abbia accesso ai singoli investimenti in qualsiasi momento può essere meno interessato se essi sono negoziati su un mercato finanziario regolamentato. Per la valutazione del livello di prudenza degli investimenti si può tenere conto anche di un'eventuale forte solvibilità dell'impresa di assicurazione o di una robusta eccedenza di copertura del patrimonio vincolato. Altrettanto importante è l'appartenenza o meno degli elementi patrimoniali in questione al patrimonio vincolato.

Capoverso 2

¹⁷ Associazione internazionale degli organi di vigilanza nel settore assicurativo (IAIS), Insurance Core Principles and Common Framework for the Supervision of Internationally Active Insurance Groups del 2011

Nel capoverso 2 sono comprese le disposizioni speciali per i contratti di assicurazione sulla vita in cui il rischio di investimento è a carico dello stipulante. Questa circostanza deve essere presa in considerazione nei principi di investimento. Le disposizioni qui sancite corrispondono in gran parte a quelle contenute nell'articolo 81 OS attualmente in vigore e nei numeri marginali 99 e seguenti della circolare FINMA 2016/5.

Art. 76 Costituzione

I capoversi 1 e 2 corrispondono in larga misura al diritto vigente. Naturalmente, l'impresa di assicurazione applica i principi secondo l'articolo 75a AP-OS anche quando costituisce il patrimonio vincolato.

Art. 76a Elementi patrimoniali assistiti da una garanzia

Capoverso 1

Da un punto di vista economico, l'elemento patrimoniale e la garanzia ad esso associata formano un'unità, che deve essere rispettata anche nel contesto dell'attribuzione al patrimonio vincolato. Come esempio pratico significativo si possono menzionare le ipoteche. Non solo il credito ipotecario di base, ma anche la garanzia corrispondente (cartella ipotecaria) deve essere attribuita al patrimonio vincolato.

Capoverso 2

Per minimizzare i rischi legati alla custodia di elementi patrimoniali vincolati, soprattutto in vista del loro diverso destino nel fallimento, è necessaria una separazione che escluda la compensazione sia tra gli elementi dei diversi patrimoni vincolati sia tra un patrimonio vincolato e un patrimonio libero.

Capoverso 3

La FINMA può disciplinare i dettagli sia per quanto riguarda le garanzie che la separazione degli elementi.

Art. 79 Elementi patrimoniali ammessi

Capoverso 1

Le prescrizioni per gli elementi patrimoniali che possono essere attribuiti al patrimonio vincolato sono allineate al principio della prudenza imprenditoriale secondo l'articolo 75a. Le imprese di assicurazione sono ora libere di definire un elenco di elementi idonei e specifici dell'impresa, che deve essere approvato dalla FINMA nel rispetto delle esigenze di protezione degli assicurati. Tale approvazione è rilasciata con riferimento a un patrimonio vincolato specifico, per cui una domanda può essere presentata contemporaneamente per più patrimoni vincolati.

In linea di principio, al patrimonio vincolato delle imprese di assicurazione possono essere attribuiti anche fondi L-QIF («Limited Qualified Investor Fund»¹⁸) (che saranno ammessi in Svizzera presumibilmente nel 2023). Rientra nella responsabilità propria dell'impresa di assicurazione computare esclusivamente quei fondi L-QIF che soddisfano i requisiti relativi agli elementi ammessi: in presenza di un elenco di elementi ammissibili specifico dell'impresa, i fondi L-QIF possono investire soltanto in elementi contenuti in tale elenco. Altrimenti, il fondo L-QIF da attribuire al patrimonio vincolato può investire solo nei valori di cui alle lettere a-e. La vigilanza su questi fondi non è più esercitata direttamente dall'autorità di vigilanza, bensì indirettamente da un gestore patrimoniale assoggettato alla vigilanza. Il gestore patrimoniale è sottoposto alla vigilanza della FINMA o di un'autorità di vigilanza equivalente riconosciuta dalla FINMA. Il ricorso a fondi L-QIF quali investimenti alternativi richiede un alto livello di qualifica professionale da parte degli investitori affinché possano valutare adeguatamente le opportunità e i rischi dell'investimento e svolgere, oltre a processi adeguati, in particolare un esame di «due diligence» prima dell'operazione di investimento, nonché una sorveglianza continua

¹⁸ FF 2021 7833.

dell'investimento effettuato. Il DFF intende allestire un elenco completo dei fondi L-QIF che si trovano sul mercato. Per prevenire l'elusione delle prescrizioni in materia d'investimento, la FINMA dispone il ricorso a uno strumento sostitutivo qualora un'impresa di assicurazione computi fondi L-QIF che non soddisfano i requisiti richiesti. Per gli investimenti in fondi L-QIF occorre considerare anche i rischi di controparte e osservare le relative prescrizioni della FINMA secondo l'articolo 83 capoverso 1 AP-OS.

Le disposizioni transitorie di cui all'articolo 216c capoverso 3 AP-OS garantiscono che dopo l'entrata in vigore della presente modifica d'ordinanza fino alla conclusione dell'esame di un elenco di elementi specifico dell'impresa, le imprese di assicurazione siano agevolate nella continuazione dell'attività d'investimento sulla base delle condizioni quadro anteriori.

Capoverso 2

Per le imprese di assicurazione che si astengono dal redigere un elenco di elementi idonei specifico dell'impresa, il capoverso 2 contiene i requisiti minimi per l'attribuzione di elementi al patrimonio vincolato. La computabilità dei succitati fondi L-QIF nel patrimonio vincolato sarà possibile anche per quelle imprese di assicurazione che rinunciano all'opzione di un elenco di elementi idonei specifico dell'impresa, purché siano rispettate determinate condizioni. Devono tuttavia garantire che i fondi L-QIF effettuino soltanto investimenti considerati idonei secondo le lettere a-e.

Ad oggi, nel caso degli investimenti diretti in ipoteche la circolare FINMA 2016/05 richiede processi speciali per la valutazione della solvibilità e il monitoraggio del credito, nonché per la documentazione dei medesimi. Poiché questa procedura è spesso consolidata solo nelle imprese di assicurazione più grandi e comporta un maggior grado di sorveglianza, le ipoteche potranno essere attribuite al patrimonio vincolato soltanto contestualmente a un elenco autorizzato specifico dell'impresa. I prodotti strutturati, i derivati creditizi nonché gli investimenti finanziari alternativi come *hedge fund* e *private equity*, che già secondo la prassi attuale possono essere computati nel patrimonio vincolato soltanto soddisfacendo requisiti aggiuntivi, in futuro saranno considerati idonei soltanto se inseriti nell'elenco autorizzato specifico dell'impresa.

Le disposizioni di cui all'attuale articolo 82 OS possono essere abrogate in quanto sono state inserite nel presente capoverso 2 alla lettera f.

Capoverso 3

Gli investimenti interni al gruppo non possono essere attribuiti al patrimonio vincolato, a parte alcune eccezioni, già secondo la normativa vigente in materia di vigilanza (n. marg. 133 segg circ. FINMA 2016/5 in combinato disposto con l'art. 83 OS), poiché il loro valore in caso di fallimento è spesso incerto (vi è un'elevata probabilità che anche le altre società del gruppo siano alle prese con problemi di solvibilità quando una società all'interno di un gruppo fallisce). Affinché il patrimonio vincolato non possa essere di fatto svalutato, questo principio deve essere sancito a livello normativo anche in futuro. Tuttavia, rispetto all'attuale quadro normativo che prevede solo un elenco esaustivo di fattispecie derogatorie, ci sarà una liberalizzazione nel senso che la FINMA otterrà la facoltà di ammettere generalmente eccezioni se la sicurezza del patrimonio vincolato non ne viene compromessa (ad es. prestiti garantiti).

Capoverso 4

La definizione dei dettagli tecnici relativi agli elementi ammessi è delegata alla FINMA. Per esempio, i criteri per valutare come sufficiente la solvibilità sono molteplici. Vi rientrano in linea di massima le obbligazioni con affidabilità creditizia («investment grade»), per le quali devono essere specificati i requisiti per l'applicazione di rating da parte delle agenzie di rating e per le valutazioni della solvibilità da parte dell'impresa di assicurazione. Inoltre, la solvibilità delle banche potrebbe essere migliorata mediante il superamento delle esigenze in materia di fondi propri («leverage ratio», RWA).

Art. 81 Elementi ammessi per assicurazioni sulla vita unit-linked

Il principio della congruenza delle coperture è attualmente sancito dall'articolo 81 OS in combinato disposto con i numeri marginali 99 e seguenti della circolare FINMA 2016/5. Tali prescrizioni sono rilevanti a prescindere dal fatto che venga costituito un patrimonio vincolato, per cui in futuro saranno contenute nell'articolo 75a capoverso 2 AP-OS. Pertanto, nell'articolo 81 dovrà essere regolamentata soltanto la fattispecie per cui gli elementi patrimoniali previsti nel quadro della congruenza delle coperture sono da considerare in ogni caso idonei alla costituzione dei singoli patrimoni vincolati.

Art. 82

Il presente articolo può essere abrogato, in quanto la relativa disposizione è stata integrata nell'articolo 79 capoverso 2 lettera f AP-OS.

Art. 83 Limitazioni

Capoverso 1

La determinazione delle limitazioni da parte della FINMA corrisponde essenzialmente al regime di vigilanza attualmente in vigore, che tuttavia d'ora in poi si applicherà solo alle imprese di assicurazione che non si sono avvalse di un proprio elenco degli investimenti idonei. Naturalmente, le limitazioni fissate dalla FINMA non esonerano l'impresa di assicurazione dal rispetto dei principi generali d'investimento o del principio della persona prudente.

Capoverso 2

Nel determinare le limitazioni, le imprese di assicurazione con un elenco autorizzato dalla FINMA devono tenere conto dei principi generali d'investimento – e in particolare del principio della persona prudente.

Capoverso 3

I massimali quantitativi corrispondono in linea di principio al regime di vigilanza attuale e devono essere rispettati dall'impresa di assicurazione in ogni caso. La loro definizione non esime l'impresa di assicurazione dal verificare se, in un caso specifico, i principi generali d'investimento, in particolare il principio della persona prudente, non implicano una limitazione inferiore.

Capoverso 4

La disposizione tiene conto delle particolarità delle assicurazioni sulla vita vincolate a fondi o a portafogli d'investimento interni.

Sezione 3: Attribuzione e controllo

Art. 84 cpv. 1

Secondo la disciplina attuale, non è necessaria una decisione della FINMA sull'idoneità degli elementi del patrimonio vincolato se viene applicato il principio della persona prudente. Rientra nella responsabilità dell'impresa di assicurazione rispettare le disposizioni sugli elementi idonei secondo l'articolo 79 AP-OS. Nel caso in cui la FINMA ritenga non idoneo uno degli elementi attribuiti al patrimonio vincolato, ne può ordinare la sostituzione. Un elemento risulta non idoneo se in caso di realizzazione il suo valore è messo in dubbio o il suo trasferimento nel contesto di un trasferimento del portafoglio non è assicurato e quindi l'elemento non può adempiere alla sua funzione come parte del patrimonio vincolato per motivi giuridici o di fatto. Non idonei in questo senso sono per esempio i seguenti elementi:

- gli elementi patrimoniali non pignorabili;
- i beni soggetti a restrizioni di realizzazione in base a norme private o pubbliche nazionali o estere,
- le merci deperibili,

- gli elementi i cui costi di realizzazione sono sproporzionati rispetto al ricavo della realizzazione conseguibile.

Anche secondo la nuova disciplina gli elementi del patrimonio vincolato non devono essere gravati. Pertanto i capoversi 2 e 3 restano in vigore. La FINMA continua a verificare annualmente (secondo l'art. 85 OS) il calcolo del patrimonio vincolato o l'adempimento delle prescrizioni in materia di vigilanza. In questo senso, la FINMA non decide sull'ammissibilità degli elementi, ma controlla se l'impresa di assicurazione rispetta le prescrizioni sulla loro idoneità.

Art. 87 cpv. 2 e 3

L'attuale possibilità di custodia presso un depositario resta sancita dal capoverso 2, con piccole precisazioni rispetto all'attuale capoverso 3, e alle condizioni necessarie finora vigenti. Naturalmente, il rispetto delle condizioni di cui alle lettere a e b non esonera le imprese di assicurazione dal rispetto del principio della persona prudente e di altri requisiti pertinenti.

Il capoverso 3 ora è obsoleto in quanto il suo contenuto è stato inserito nel capoverso 2 lettera b. La decisione di affidare la custodia di elementi patrimoniali a terzi per motivi di efficienza deve essere lasciata all'impresa di assicurazione. Inoltre, nel caso di titoli esteri, le catene di custodia svizzere si trovano nella maggior parte dei casi necessariamente all'estero. Se nel caso della custodia presso un depositario all'estero il privilegio di cui gode il patrimonio vincolato ai sensi del diritto svizzero rimane garantito anche in caso di fallimento, dipende dall'ordinamento giuridico estero.

(Sezione 4: Valutazione degli elementi)

Art. 90 cpv. 2

Finora i valori computabili del patrimonio vincolato per le società immobiliari in cui l'impresa di assicurazione detiene una partecipazione superiore al 50 per cento sono stati stabiliti dalla FINMA. Applicando il principio della persona prudente, ora non è più necessario che la FINMA stabilisca i valori computabili per le società immobiliari, per cui si può rinunciare al capoverso 2. Tuttavia, la FINMA può continuare a svolgere una verifica fondata sulla legislazione in materia di vigilanza per accertare se le società immobiliari interessate vengono computate in modo appropriato e richiedere eventuali correzioni.

Art. 91 cpv. 2

Finora il valore computabile al patrimonio vincolato dei derivati che servono a preparare acquisizioni, aumentare il reddito e assicurare i flussi di pagamento derivanti da impegni attuariali è stato fissato dalla FINMA. Vigendo il principio della persona prudente, questo non è più necessario. Tuttavia, la FINMA può continuare a svolgere una verifica fondata sulla legislazione in materia di vigilanza per accertare se gli strumenti finanziari interessati vengono computati in modo appropriato e richiedere eventuali correzioni.

Art. 91a Valore computabile degli elementi garantiti

A causa delle disposizioni più liberali sugli investimenti, in futuro è necessario non solo un regolamento per i derivati, ma anche uno per il trattamento delle garanzie costituite e ricevute. Oltre ai derivati, sono particolarmente degni di menzione in questo caso le operazioni di pronti contro termine (*reverse repo*) e i prestiti di titoli (*securities lending*).

Circa il trattamento delle garanzie ricevute, la circolare FINMA 2016/5 contiene attualmente regolamentazioni sparse. Vi si stabilisce, ad esempio, che le garanzie sono un prerequisito per le operazioni con derivati e che le garanzie ricevute devono essere attribuite al patrimonio vincolato, ma non possono essere computate. Regolamenti analoghi esistono anche per le operazioni di pronti contro termine (*reverse repo*) e i prestiti di titoli (*securities lending*).

L'applicazione del principio della persona prudente rende obsoleti questi regolamenti individuali per certe classi di investimento. Piuttosto, per la gestione delle garanzie ricevute deve

essere messa a punto una regolamentazione integrale. Per tenere conto del rischio di un'improvvisa riduzione della copertura a seconda dell'andamento della transazione, per i valori patrimoniali solitamente garantiti come i derivati, il computo al pieno valore di mercato è possibile solo se il derivato è completamente garantito. In caso contrario, il computo è limitato al valore della garanzia ricevuta; tuttavia, anche in caso di sovragaranzia, il computo deve essere limitato al valore di mercato del derivato sottostante in conformità all'articolo 93 OS. Allo stesso modo, nel caso delle operazioni di pronti contro termine, il corrispettivo è limitato al minimo del valore del contante ricevuto e del valore computabile dei titoli depositati. Questo corrisponde alla prassi attuale ed è una liberalizzazione rispetto alla copertura completa, perché diventa possibile anche un'attribuzione di valori solo parzialmente coperti, il computo è tuttavia ridotto di conseguenza. Va comunque precisato che la copertura completa spesso corrisponde alla pratica di mercato o addirittura risulta da altri regolamenti (ad es. legge sull'infrastruttura finanziaria). In caso contrario, dai principi generali d'investimento risulta che, al fine di mantenere la sicurezza e la qualità, viene effettuata una garanzia in linea con le pratiche di mercato.

Nel caso opposto, in cui un elemento del patrimonio vincolato viene fornito come garanzia, gli accordi di solito prevedono che in caso di fallimento non sussiste alcun diritto alla restituzione del margine di variazione (*variation margin*) per questo valore (*close-out netting*) e per il margine iniziale (*initial margin*) viene restituito solo il saldo rimanente dopo che la controparte del derivato è stata soddisfatta. Così, i margini costituiti servono preferibilmente a soddisfare le controparti dell'impresa di assicurazione durante la liquidazione dei contratti derivati esistenti. Di conseguenza, questi valori non possono essere computati nel patrimonio vincolato, come deriva già dai principi del patrimonio vincolato (che deve essere libero e non gravato). D'altra parte, anche un impegno garantito da elementi patrimoniali deve essere preso in considerazione nella determinazione del patrimonio vincolato solo nella misura in cui esso riduce il patrimonio vincolato.

Secondo quanto detto, le precedenti disposizioni dell'articolo 91a possono essere abrogate e sostituite con quanto commentato. Tuttavia, questo non è inteso a limitare il potere di disporre del patrimonio vincolato. Naturalmente, l'impresa di assicurazione può disporre liberamente degli elementi del patrimonio vincolato in qualsiasi momento, finché l'importo legale rimane coperto. In particolare, può anche venderli a terzi, trasferirli o usarli come garanzia, con il risultato che questi valori poi non vengono più presi in considerazione nella determinazione del valore computabile.

Art. 91b Costituzione di garanzie per gli strumenti finanziari derivati

Capoverso 1

I margini di variazione devono innanzitutto proteggere i partner della transazione dai rischi di variazione dei prezzi e, in linea di principio, devono essere versati solo retroattivamente per compensare il valore corrente di mercato delle transazioni in corso. Si tratta quindi di elementi patrimoniali chiaramente gravati che non possono più essere compensati (art. 84 cpv. 2, primo periodo, OS).

Capoversi 2 e 3

In senso stretto, anche il versamento del margine iniziale dovrebbe essere considerato (realmente) gravato, per cui non sarebbe possibile alcun computo nel patrimonio vincolato (art. 84 cpv. 2, primo periodo, OS). Tuttavia questo approccio si dimostrerebbe insufficiente, poiché non corrisponde alla realtà economica. È altamente probabile che il margine iniziale, che è principalmente destinato a compensare le potenziali perdite di valore al termine delle transazioni, per esempio in caso di inadempienza della controparte, non sarà richiesto affatto o almeno non per intero. Sembra quindi adeguato ammettere il computo a titolo di eccezione. Per tenerne adeguatamente conto, è giustificato che in caso di computo, il versamento del margine iniziale e la pretesa di restituzione debbano essere attribuiti cumulativamente al patrimonio vincolato.

Art. 93 Altri elementi

Capoverso 1

In linea di massima, il principio della valutazione di mercato dovrebbe essere applicato a tutti gli investimenti per i quali non ci sono prescrizioni di tenore esplicitamente diverso. Questo è importante perché, dati gli elenchi di elementi idonei propri delle imprese di assicurazione, non esiste un universo conclusivo di valori ammissibili che sia vincolante per tutte le imprese di assicurazione. Poiché la determinazione del valore di mercato può essere soggetta a un alto grado di incertezza, specialmente per elementi patrimoniali molto illiquidi, è importante che questa incertezza sia presa in considerazione, per esempio contestualmente all'articolo 76 capoverso 1^{bis}.

Capoverso 2

Specialmente per gli elementi patrimoniali garantiti è importante che non ci sia un doppio computo. Un eventuale impegno alla restituzione delle garanzie deve quindi essere dedotto dal valore dell'elemento patrimoniale in questione. Ciò corrisponde essenzialmente ai precedenti regolamenti sparsi (ad es. n. marg. 475 e 534 circ. FINMA 2016/5), secondo i quali le garanzie ricevute devono essere attribuite ma non computate nel patrimonio vincolato. Queste disposizioni hanno causato molta incertezza nella prassi, soprattutto nel caso di garanzie in contanti, poiché queste spesso non erano custodite separatamente ed era difficile rintracciare il mancato computo se, per esempio, non era possibile localizzare le garanzie nel patrimonio vincolato.

Capoverso 4

A causa del principio della valutazione di mercato prevista dall'articolo 88 in contraddizione con il sistema, una copertura di obbligazioni a valori di mercato può, ad esempio, comportare proprio quella volatilità nel patrimonio vincolato che il legislatore aveva proprio voluto evitare con la prescrizione dell'articolo 88. Pertanto, questa disposizione è necessaria e corrisponde nel risultato alla disposizione precedente contenuta nel numero marginale 387 della circolare FINMA 2016/5.

Capoverso 5

L'intenzione qui non è quella di introdurre una nuova limitazione per quanto riguarda la computabilità o l'attribuzione al patrimonio vincolato, ma semplicemente di chiarire la linea da seguire.

Art. 95 cpv. 1 e 2

Capoverso 1

Questo capoverso può essere abrogato. Finora è stata la FINMA a decidere sulla valutazione degli elementi del patrimonio vincolato. Gli articoli precedenti contengono disposizioni sulla valutazione dei diversi elementi patrimoniali. Pertanto, il compito di effettuare una valutazione nel rispetto di queste regole può essere lasciato alle imprese di assicurazione. Non è più necessaria una decisione della FINMA, tanto meno ora che si applica il principio della persona prudente. Tuttavia, in casi giustificati e per motivi di protezione degli assicurati, la FINMA può continuare a fissare valori computabili più bassi.

Capoverso 2

Qui viene effettuato un adattamento linguistico a seguito dell'abrogazione del capoverso 1.

Osservazioni preliminari sugli art. 96–98a

Le disposizioni sulla gestione dei rischi sono riviste per rafforzare la vigilanza nell'interesse degli assicurati e in termini di protezione delle funzioni e per rafforzare la piazza finanziaria. Inoltre, il rispetto della gerarchia normativa deve essere realizzato anche in questo settore, mantenendo le nuove regole il più semplici possibili e gli adeguamenti snelli.

Art. 96 cpv. 1, 2 lett. b e d nonché 4

Capoverso 1

Le lettere a e b rimangono invariate nel contenuto. Oltre agli altri compiti relativi all'amministrazione dei rischi, la gestione dei rischi deve, secondo la nuova lettera c, assicurare in particolare che l'attività commerciale si svolga entro la capacità data di sopportare i rischi. La capacità di sopportare i rischi è la contropartita del profilo di rischio complessivo (cfr. art. 96a cpv. 1 lett. a OS). Rappresenta il livello massimo di rischio sostenibile da una prospettiva di continuità aziendale («going concern») ed è quindi un parametro centrale della gestione dei rischi. Se il profilo di rischio globale viene contrapposto alla capacità di sopportare i rischi, risulta chiaro che non si tratta di una nuova misura di rischio, ma piuttosto di elementi complementari che da sempre forniscono la base della gestione dei rischi e sono quindi retti dalla pratica attuale.

La valutazione dei rischi contiene logicamente un certo apprezzamento, anche nel caso dei rischi che tradizionalmente non sono rilevati a livello quantitativo. In particolare, va notato che il profilo di rischio complessivo comprende anche un'aggregazione di tutti i rischi più importanti, indipendentemente dal fatto che essi siano solitamente quantificati o piuttosto valutati sotto il profilo qualitativo.

Capoverso 2 lettere b e d

Nella lettera b, al posto del termine «politica di copertura» viene introdotta la politica dei rischi. Questo perché la gestione dei rischi non riguarda solo la copertura, ma l'approccio ai rischi in generale.

Invece della quantificazione, la lettera d ora richiede una valutazione generale dei rischi, che può essere effettuata con metodi adatti, quantitativi, qualitativi o combinati. Per completare il quadro, la gestione dei rischi deve essere comunicata in modo appropriato affinché possa avere un effetto in tutta l'impresa (cfr. in merito alla cultura del rischio anche il cpv. 4). L'impresa di assicurazione deve garantire un'adeguata comunicazione interna (ed esterna tramite pubblicazione) dei rischi più importanti. A questo scopo deve specificare il modo, i destinatari e l'adeguata comunicazione dei rischi, nella misura in cui non esistano già altre prescrizioni al riguardo (ad es. nell'ambito della pubblicazione).

Capoverso 4

Nell'ambito della gestione dei rischi l'impresa deve promuovere una cultura del rischio creando una comprensione comune di come affrontare i rischi. L'obiettivo è quello di realizzare un approccio consapevole ai rischi e di assicurare che i processi decisionali siano svolti tenendo conto di una valutazione equilibrata dei rischi.

Art. 96a Autovalutazione della situazione di rischio e del fabbisogno in capitale

Le disposizioni sull'ORSA in questo articolo possono essere in gran parte mantenute. In sostanza, solo le disposizioni della Circolare FINMA 16/3 «ORSA» di tenore normativo vengono trasposte nella disposizione. In aggiunta, al capoverso 1 si può notare che la «valutazione prospettica complessiva» secondo la frase introduttiva include sia aspetti qualitativi che quantitativi. La modalità di valutazione dipende dai rischi. Le misure di contenimento del rischio possono essere prese in considerazione in questa valutazione, a condizione che la riduzione dei rischi possa essere adeguatamente dimostrata.

Art. 97 cpv. 2 lett. a e c

La lettera a modificata completa l'enumerazione al fine di circoscrivere completamente i ruoli.

La vigente lettera c include il concetto di tolleranza al rischio inteso come capacità di sopportare i rischi. Il termine tolleranza al rischio è spesso usato anche nel senso di propensione al rischio, come misura del rischio accettato. Per una migliore delimitazione si usa quindi ora il termine «capacità di sopportare i rischi» (cfr. anche sopra l'art. 96 cpv. 1 lett. c AP-OS). La capacità di sopportare i rischi e la propensione al rischio sono elementi essenziali della politica dei rischi. La capacità di rischio fornisce il quadro generale. La propensione al rischio descrive

la valutazione concreta del rischio in coordinamento con la strategia aziendale ed è quindi un parametro centrale della politica dei rischi. I due termini sono comuni secondo gli standard internazionali. Pertanto, qui viene effettuato un adattamento a questa terminologia.

Art. 98 Rischi operativi

Capoverso 1

Naturalmente, gli assicuratori gestiscono tutti i rischi sotto la propria responsabilità e pertanto la formulazione precedente può essere sostituita a favore degli elementi generali della gestione dei rischi. Inoltre, almeno una volta l'anno devono ripetere una valutazione e garantire la comunicazione. Per quanto riguarda la gestione e i requisiti per la gestione dei rischi, si può fare riferimento alle disposizioni generali dell'articolo 96 OS. Il termine «rischi operativi» deve essere inteso in senso lato. Rischi operativi molto significativi sono attualmente per esempio, i rischi informatici e i ciber-rischi. Nella sua formulazione, l'OS rimane anche orientata ai principi. Questo permette di cogliere gli sviluppi futuri, se altri o nuovi rischi operativi diventano più significativi.

Capoverso 2

La presente disposizione è ripresa senza modifiche dal capoverso 5 e collocata in un punto sistematicamente migliore.

Capoversi 3 e 4

I test sull'esposizione al rischio e il piano di emergenza sono requisiti generali particolarmente importanti per i rischi operativi e i rischi tecnologici, soprattutto perché i rischi possono manifestarsi in tutti i settori e non possono essere adeguatamente descritti con modelli. I rischi operativi sono difficili da valutare sulla base di dati statistici (storici). In questo caso, soprattutto gli scenari sono un metodo di analisi essenziale e comune. A differenza di altri rischi, per i rischi operativi l'esposizione al rischio può anche essere testata in misura adeguata. Per i ciber-rischi, ad esempio, sono ampiamente utilizzati i cosiddetti test di penetrazione. Questo corrisponde alla prassi attuale.

Art. 98a Requisiti in materia di liquidità

Le disposizioni sui requisiti in materia di liquidità possono essere mantenute. Da trasferire sono alcune disposizioni di tenore normativo della Circolare FINMA 13/5 «Liquidità degli assicuratori». Inoltre, la disposizione copre ora anche la pianificazione annuale della liquidità, che prima era prevista solo a livello di circolare. I requisiti espliciti per attività fuori bilancio, scenari e stress test finora in vigore sono ora definiti come requisiti nel quadro della pianificazione della liquidità. Il rapporto da presentare alla FINMA secondo il capoverso 4 era stato finora sancito solo nella circolare.

Titolo prima dell'art. 98b

Capitolo 1a: Piani di stabilizzazione

Osservazioni preliminari sugli art. 98b segg.

Sembrando ragionevole classificare le spiegazioni sui piani di stabilizzazione sotto la voce gestione dei rischi (art. 96 segg. OS), per una migliore trasparenza è giustificato inserirle in un capitolo separato nella struttura dell'ordinanza.

Art. 98b Rilevanza economica

Per definire la rilevanza economica, un collegamento con requisiti concreti sembra essere un approccio migliore di quello basato sulla categorizzazione prudenziale dell'impresa di assicurazione. Anche a livello internazionale, è meglio utilizzare criteri concreti, non dedotti.

Art. 98c Criteri per l'applicazione dei piani di stabilizzazione

La disposizione lascia alla FINMA un certo margine di manovra nel decidere da quale delle imprese di assicurazione di cui all'articolo 98b AP-OS esigere un piano di stabilizzazione. L'ordinanza elenca tre criteri che possono giustificare la creazione di un piano di stabilizzazione in funzione della loro importanza per la Svizzera come piazza assicurativa o per gli assicurati. Nella sua decisione, la FINMA si attiene naturalmente anche al principio della proporzionalità e, in particolare, valuta se l'elaborazione di un piano di stabilizzazione giustifichi gli oneri sostenuti dall'impresa di assicurazione in relazione allo scopo del medesimo.

Art. 98d Contenuto, elaborazione e approvazione

Capoverso 1

Per la certezza del diritto, si ritiene opportuno descrivere il contenuto essenziale di un piano di stabilizzazione anche nel contesto di una regolamentazione basata su principi. La portata e il grado di dettaglio nei singoli casi sono determinati dal principio di proporzionalità. Fattori decisivi sono certamente il profilo di rischio e la complessità. La FINMA ne discuterà caso per caso con l'impresa di assicurazione.

Capoverso 2

Va inoltre osservato che, nel contesto del gruppo, la società al vertice è responsabile dell'approvazione del piano di stabilizzazione a livello di gruppo (cfr. art. 67 LSA).

Capoverso 3

Se non ci sono stati cambiamenti significativi nell'impresa di assicurazione rispetto all'anno precedente, il piano di risanamento esistente può essere integrato con una nota apposita.

Art. 98e Rapporto

Capoverso 1

Con le modifiche dell'ordinanza sulla sorveglianza, l'obbligo di elaborare piani di stabilizzazione delle imprese di assicurazione aventi rilevanza economica e di quelle che fanno parte di gruppi e di conglomerati è disciplinato più dettagliatamente nell'ambito della gestione dei rischi. La FINMA informa il pubblico sullo stato di elaborazione dei piani, sulla loro approvazione da parte della FINMA e sul loro continuo aggiornamento. Le informazioni possono essere fornite in forma aggregata per diverse imprese di assicurazione interessate o individualmente nominando l'impresa di assicurazione interessata. In caso di rapporto individuale, la FINMA informa in tempo utile, prima della pubblicazione, la società interessata sul contenuto del rapporto. Questo è giustificato in particolare perché il rapporto può contenere dichiarazioni rilevanti per la borsa o dannose per la reputazione dell'impresa.

Nel quadro del costante processo di vigilanza ha luogo uno scambio regolare tra la FINMA e le imprese di assicurazione interessate. Queste ultime ricevono riscontri sui piani di stabilizzazione presentati, richieste di correzione delle carenze significative rilevate nei piani e spiegazioni su informazioni richieste. Vi rientrano inoltre le informazioni preliminari sulla comunicazione pubblica individuale nel quadro della presente disciplina. Questo non pregiudica il fatto che i piani di stabilizzazione debbano essere elaborati dalle imprese di assicurazione e la relativa informazione pubblica sia di esclusiva competenza della FINMA ai sensi della presente disciplina.

Capoverso 2

La disposizione stabilisce che nei primi due anni dopo l'insorgenza dell'obbligo di elaborare un piano può essere svolto solo un rapporto aggregato. Per i gruppi e i conglomerati assicurativi esistenti, l'obbligo di elaborare un piano insorge quando entra in vigore l'ordinanza sulla vigilanza. Per singole imprese di assicurazione l'obbligo nasce con la designazione individuale di impresa avente rilevanza economica da parte della FINMA e per nuovi gruppi e conglomerati assicurativi con l'assoggettamento individuale alla vigilanza di gruppo e di conglomerato da parte della FINMA.

(Capitolo 3: Impiego di strumenti finanziari derivati)

Art. 100 Principio

Capoverso 1

La disposizione contiene un principio d'investimento fondamentale per l'impiego di derivati, che attualmente si applica indipendentemente dalle regole del patrimonio vincolato. Il principio deve essere mantenuto, in considerazione degli alti rischi che possono accompagnare le vendite allo scoperto senza copertura. Tuttavia, ora viene trasferito sistematicamente all'articolo 75a capoverso 1 lettera e AP-OS.

Per quanto riguarda le prescrizioni d'investimento, quando si utilizzano i derivati, in particolare in riferimento all'obbligo di copertura, si deve tener conto che la maggior parte di essi sono garantiti e che è prevista una compensazione di margine giornaliera. Invece di un obbligo di consegna è spesso possibile anche un regolamento in contanti (*cash settlement*) o le posizioni di derivati possono essere chiuse in qualsiasi momento data la liquidità dei mercati corrispondenti. In queste circostanze, un requisito per coprire l'intero volume del contratto non è necessario o addirittura controproducente, per esempio nel caso di coperture FX (*FX hedges*) con valute comuni. Piuttosto, l'impresa di assicurazione deve essere in grado di soddisfare qualsiasi obbligo di pagamento derivante dal contratto derivato (tenendo conto dei margini già stabiliti) e deve avere sufficiente liquidità per farlo. Lo stesso vale per gli obblighi di consegna nella misura in cui non sono previsti regolamenti in contanti. Se i derivati possono essere chiusi in qualsiasi momento data la liquidità dei mercati corrispondenti, è sufficiente una copertura dell'obbligo di pagamento pari al valore di mercato con cui il derivato può essere chiuso in qualsiasi momento. Per i derivati OTC che inoltre sono conclusi nell'ambito di contratti quadro standard (ad es. ISDA/CSA) e sono garantiti su una base netta *mark-to-market* con obbligo di compensazione giornaliera dei margini, la garanzia già fornita può anche essere presa in considerazione nel determinare l'obbligo di pagamento rimanente. Di conseguenza, oltre a questo devono essere coperti solo gli ulteriori obblighi di pagamento dovuti all'obbligo di compensazione dei margini.

Capoverso 2

Nel caso del patrimonio vincolato, si deve evitare che i derivati mettano in pericolo la garanzia, attuando per esempio un'adeguata separazione. Inoltre, occorre evitare un effetto leva sul patrimonio vincolato. Per misurare l'effetto leva sul patrimonio vincolato, si deve ricorrere all'approccio *Commitment I* secondo l'ordinanza FINMA del 27 agosto 2014¹⁹ sugli investimenti collettivi (OICoI-FINMA), situata a un livello normativo inferiore. Questo riferimento all'approccio *Commitment I* non deve essere inteso come una limitazione all'uso di derivati in senso stretto; un *netting* di diversi derivati con lo stesso sottostante (*underlying*) è permesso all'interno dello stesso contratto quadro. Per quanto riguarda l'obbligo di copertura, è emersa la necessità di chiarire come esso debba essere concretamente interpretato per derivati rilevanti nella prassi, motivo per cui si propone ora di conferire alla FINMA la facoltà di regolare i dettagli.

Art. 101–108

Le disposizioni sull'impiego di strumenti finanziari derivati sono ora contemplate dai principi di investimento nell'articolo 75a e possono essere abrogate.

Art. 109 Sorveglianza

In linea di massima, l'impiego dei derivati sarà regolato in futuro in modo meno dettagliato e molto più basato su principi rispetto a prima. È quindi importante che la FINMA sia costantemente informata, non a livello di singole posizioni ma in forma sintetica, sull'impiego di derivati.

¹⁹ RS 951.312

Di norma, le informazioni sono fornite annualmente; in caso di cambiamenti fondamentali nella strategia d'investimento, può anche essere richiesto un aggiornamento nel corso dell'anno.

Capitolo 4: Rendiconto

Art. 110 cpv. 2

Il capoverso è riformulato dopo l'omissione dell'articolo 82 capoverso 2, al quale faceva sinora riferimento, senza alcun cambiamento nel contenuto.

Art. 111a cpv. 2^{bis}, 4, 5 e 6

Le regole relative al rapporto sulla situazione finanziaria possono essere in gran parte mantenute. La modifica trasferisce a livello di ordinanza le disposizioni della Circolare FINMA 16/2 «Pubblicazione - Assicuratori»²⁰ con contenuto normativo.

Titolo prima dell'art. 111c

Capitolo 4a: Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti

Art. 111c Gestione professionale dei rischi

La disposizione descrive più dettagliatamente il requisito della gestione professionale dei rischi che alcuni stipulanti devono adempiere per essere considerati professionisti ai sensi della LSA e soddisfare così una delle condizioni in base alle quali un'impresa di assicurazione può essere esonerata dalla vigilanza ai sensi dell'articolo 30a LSA.

I rischi che uno stipulante professionista deve essere in grado di valutare riguardano il rapporto contrattuale di cui alla legge del 2 aprile 1908²⁰ sul contratto d'assicurazione (LCA), ma nell'ambito della LSA includono anche il rischio di controparte. Tuttavia, si concorda sul fatto che il focus della valutazione dei rischi di stipulanti professionisti non è fondamentale diverso tra la LCA e la LSA, constatando anzi considerevoli sovrapposizioni tra i rischi da valutare.

Nella LSA, il rischio di controparte aumenta e lo stipulante deve essere in grado di valutarlo più accuratamente, poiché l'impresa di assicurazione non deve più detenere un patrimonio vincolato controllato dall'autorità di vigilanza e viene meno la corrispondente garanzia per le pretese dello stipulante in caso di insolvenza.

(Titolo quinto: Altre prescrizioni concernenti l'esercizio dell'attività assicurativa)

Capitolo 4b: Società veicolo di assicurazione

Osservazioni preliminari

Le disposizioni della LSA sulle società veicolo di assicurazione (art. 30e e 30f) sono state inserite nel progetto di legge solo nel corso dei dibattiti parlamentari. Di conseguenza, il messaggio del Consiglio federale non contiene alcun commento su questa speciale forma di trasferimento del rischio. Mentre le imprese di assicurazione diretta possono coprire direttamente i rischi di imprese non assicurative, le società veicolo di assicurazione, così come i riassicuratori, assumono solo rischi di imprese di assicurazione tramite i cosiddetti contratti di trasferimento dei rischi. Successivamente assicurano il rischio assunto emettendo strumenti finanziari, per esempio obbligazioni catastrofe (*cat bond*), le cui pretese di versamento o di rimborso dei finanziatori sono subordinate agli impegni contratti dalla società veicolo di assicurazione per assumere i rischi. Da un punto di vista economico, i rischi vengono in tal modo trasferiti al mercato finanziario.

Il Parlamento ha stabilito a livello legislativo i principali requisiti di diritto in materia di vigilanza posti alle società veicolo di assicurazione. Nell'ordinanza, le disposizioni esecutive dovrebbero

²⁰ RS 221.229.1

ora contenere la massima libertà possibile e il numero di prescrizioni necessarie per rafforzare la competitività e la capacità innovativa del settore assicurativo, garantire la certezza del diritto e preservare la reputazione della piazza finanziaria nell'interesse di tutte le parti coinvolte. Oltre alle disposizioni di diritto societario del Codice delle obbligazioni, una guida è fornita anche dal regolamento UE applicabile alle società veicolo (assicurative), in particolare il regolamento delegato (UE) 2015/35 della Commissione²¹ e il regolamento di esecuzione (UE) 2015/462 della Commissione²².

Sezione 1: In generale

Art. 111d Applicabilità delle disposizioni concernenti le imprese di assicurazione

Le società veicolo di assicurazione non sono imprese di assicurazione ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 lettera a LSA, poiché il loro scopo è trasferire i rischi (attuariali) al mercato finanziario. Di conseguenza soggiacciono ora alla LSA non come imprese di assicurazione, bensì espressamente come società veicolo di assicurazione (art. 2 cpv. 1 lett. e LSA). In considerazione dell'attività che esercitano, non paragonabile a quella delle imprese di assicurazione, secondo lo scopo della LSA (cfr. art. 1 cpv. 2), l'applicabilità delle disposizioni si basa sui rischi di insolvenza delle imprese di assicurazione legati all'attività di società veicolo di assicurazione e su possibili abusi. In questo senso, l'articolo 111d AP-OS stabilisce che l'OS si applica solo (ma pur sempre) per analogia alle società veicolo di assicurazione e che diverse disposizioni di legge sono irrilevanti a prescindere (analogamente a quanto previsto per la riassicurazione, cfr. art. 35 LSA). Oltre alle disposizioni non espressamente menzionate perché evidentemente non pertinenti, ad esempio sull'intermediazione assicurativa o su gruppi e conglomerati, le seguenti disposizioni non sono applicabili:

- articoli 3–13 LSA: le disposizioni sull'autorizzazione delle imprese di assicurazione (art. 3–6 LSA) non sono adatte alle società veicolo di assicurazione e non sono quindi applicabili a queste ultime. Ciò non significa, naturalmente, che le società veicolo di assicurazione non siano soggette ad autorizzazione; ciò risulta già dal loro assoggettamento alla sorveglianza (art. 2 cpv. 1 lett. e LSA). Di conseguenza, le prescrizioni pertinenti per le società veicolo di assicurazione si trovano negli articoli 111f–111h AP-OS. Anche le condizioni legali di autorizzazione (art. 7–13 LSA) non sono materialmente adattate alle società veicolo di assicurazione. Queste ultime sono soggette alle apposite prescrizioni specifiche dell'ordinanza (art. 111j–111l AP-OS);
- articoli 15–20 LSA: qui sono sancite disposizioni apposite per imprese di assicurazione straniere e per l'esercizio dell'attività assicurativa. Non sono adatte alle società veicolo di assicurazione, in quanto non svolgono alcuna attività assicurativa diretta. Di conseguenza neanche la presente ordinanza, così come l'articolo 35 LSA per le società di riassicurazione (ad eccezione dell'art. 16 LSA), prevede una disciplina analoga;
- articoli 23 e 24 LSA: questi articoli riguardano l'attuario responsabile che non ha alcuna funzione in una società veicolo di assicurazione e di conseguenza non deve essere regolamentato;

²¹ Regolamento delegato (UE) 2015/35 della Commissione, del 10 ottobre 2014, che integra la direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e di riassicurazione (Solvibilità II) (GU L12/1)

²² Regolamento di esecuzione (UE) 2015/462 della Commissione del 19 marzo 2015 che stabilisce norme tecniche di attuazione per quanto riguarda le procedure per il rilascio dell'autorizzazione a fondare una società veicolo da parte delle autorità di vigilanza, per la cooperazione e lo scambio di informazioni tra autorità di vigilanza sulle società veicolo nonché la definizione dei formati e dei modelli per la segnalazione di informazioni da parte delle società veicolo conformemente alla direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio (GU L76/23)

- articoli 30a–30d LSA: queste disposizioni su imprese di assicurazione con stipulanti professionisti e sulle società *captive* non sono ovviamente applicabili alle società veicolo di assicurazione;
- articoli 31–39k LSA: lo stesso vale per le disposizioni speciali per singoli rami assicurativi e per le prescrizioni sull'assicurazione sulla vita qualificata;
- articoli 51–54j LSA: le misure di protezione, le misure in caso di pericolo d'insolvenza e liquidazione qui disciplinate e di competenza della FINMA sono concepite su misura delle imprese di assicurazione e non sono direttamente applicabili alle società veicolo di assicurazione. Tuttavia, queste ultime sono indubbiamente soggette alla competenza in materia di fallimento della FINMA e non a quella del giudice civile, principio che non solo è stato esplicitamente dichiarato nei dibattiti parlamentari²³, ma risulta anche dall'articolo 173b capoverso 2 della legge federale sulla esecuzione e sul fallimento recentemente modificato²⁴;
- articoli 57–59 LSA: escludendo l'applicabilità di queste disposizioni si stabilisce che la FINMA non può adottare misure di protezione supplementari per le imprese di assicurazione estere;
- articolo 62 LSA: un trasferimento del portafoglio assicurativo, che richiede l'approvazione della FINMA, non si applica alle società veicolo di assicurazione né alle società di riassicurazione.

Art. 111e Definizioni

A fini di chiarezza, nel capoverso 1 viene sancito che le società veicolo di assicurazione possono emettere tutti i tipi di strumenti di partecipazione o di debito che sono considerati strumenti finanziari secondo la LSerFi. Analogamente a quanto avviene per le imprese di assicurazione, neppure le società veicolo di assicurazione dovrebbero soggiacere alla LSerFi, nella misura in cui la loro attività sottostà alla LSA (art. 2 cpv. 2 lett. d LSerFi).

La definizione di rischio specifico di cui al capoverso 2 si basa su quanto contenuto nella definizione all'articolo 2 del regolamento di esecuzione (UE) 2015/462.

Art. 111f Autorizzazione

La disposizione contiene principi per l'autorizzazione che si basano su quelli abituali contenuti nella legislazione sui mercati finanziari.

Anche se la società veicolo di assicurazione fa parte di un gruppo assicurativo estero o di un conglomerato assicurativo estero, la sorveglianza consolidata è necessaria soltanto se esse costituiscono un'unità economica o sono altrimenti collegate tra loro per influenza o controllo (art. 64 lett. c e art. 72 lett. d LSA).

Art. 111g Domanda di autorizzazione

Le indicazioni che la domanda di autorizzazione deve contenere dovrebbero permettere alla FINMA di verificare se la società veicolo di assicurazione può soddisfare i requisiti prudenziali del presente capitolo, in particolare per quanto riguarda l'organizzazione, il finanziamento e i rischi da assumere.

Art. 111h Mutamenti delle indicazioni e dei documenti concernenti la domanda di autorizzazione

²³ Cfr. Bollettino ufficiale 20.078 Legge sulla sorveglianza degli assicuratori. Modifica, Consiglio degli Stati, Sessione invernale, Nona seduta 13.12.2021, 15h15, Voto del Consigliere federale Maurer sull'art. 30f LSA.

²⁴ FF 2021 3001

La disposizione adotta la procedura abituale prevista dalla legislazione sui mercati finanziari, che deve essere osservata da un istituto assoggettato per ogni mutamento dei fatti su cui si fonda l'autorizzazione.

Art. 111i Consolidamento

Le società veicolo di assicurazione hanno lo scopo di trasferire i rischi attuariali al mercato finanziario. Se una società veicolo di assicurazione è collegata con un gruppo assicurativo o un conglomerato assicurativo, il suddetto scopo non deve essere impedito mediante un consolidamento integrale della società. Il consolidamento integrale deve essere prescritto a livello normativo (p. es. solvibilità del gruppo assicurativo o del conglomerato assicurativo), solo se la quota dei diritti di voto è superiore al 50 per cento ed è possibile che sia esercitata un'influenza determinante da parte della società madre. La seconda condizione non sussiste se la società veicolo di assicurazione è indipendente dalla società madre e dalle società che controlla in termini di personale (p. es. organi indipendenti) e di organizzazione (p. es. facoltà di impartire istruzioni). In assenza di tale influenza determinante, la società veicolo di assicurazione non deve essere integralmente consolidata né sottostà alla sorveglianza consolidata.

Sezione 2: Condizioni di autorizzazione

Anche le condizioni di autorizzazione sono basate sulla natura speciale delle società veicolo di assicurazione e sono pertanto limitate a poche prescrizioni elementari.

Art. 111j Forma giuridica

Oltre alle forme giuridiche di società anonima e società cooperativa ammesse per le imprese di assicurazione, per le società veicolo di assicurazione è ammessa anche la fondazione. È inteso così garantire che un'impresa (p. es. un istituto finanziario) possa istituire una fondazione come società veicolo di assicurazione con cui collaborare, senza che si pongano le questioni del controllo o di un'influenza determinante. In tal modo si escludono il consolidamento della società veicolo di assicurazione e il suo assoggettamento a una sorveglianza consolidata.

Art. 111k Capitale minimo

Il capitale minimo di 100 000 franchi prescritto dall'articolo 621 CO per le società anonime si applica anche alle società veicolo di assicurazione, a prescindere dalla loro forma giuridica (quindi anche alla fondazione). Si rinuncia a prescrivere un requisito più elevato ai sensi di un mercato liberale.

Art. 111l Disposizioni sulla garanzia

Questa disposizione sull'esternalizzazione di funzioni si basa sulle prescrizioni di diritto societario degli articoli 716a e 716b CO, secondo cui l'organo preposto alla direzione generale ha determinati compiti intrasmissibili e inalienabili, ma può delegare a terzi la gestione. La delega di tutte le funzioni di conduzione e di controllo, ad eccezione dei compiti intrasmissibili e inalienabili, è consentita. Per la società veicolo di assicurazione la delega di funzioni di conduzione e di controllo è dunque ammessa in forma più estesa rispetto a quanto avviene per le imprese di assicurazione diretta e di riassicurazione. Nella prassi la gestione di società veicolo di assicurazione è regolarmente affidata a società specializzate nella gestione che possono essere collegate con imprese di assicurazione. Naturalmente la società veicolo di assicurazione continua ad avere nei confronti della FINMA la stessa responsabilità che le competerebbe se svolgesse direttamente la funzione delegata. Deve garantire in qualunque momento una gestione conforme.

Inoltre, le disposizioni sulla garanzia di un'attività irreprensibile (art. 14 LSA) si applicano anche alle società veicolo di assicurazione. Ciò risulta dalle disposizioni della LSA applicabili per analogia alle società veicolo di assicurazione ai sensi dell'articolo 30e capoverso 2 LSA.

Sezione 3: Gruppi di rischio

La sezione contiene le prescrizioni sui gruppi di rischio introdotti nell'articolo 30f LSA. Le società veicolo di assicurazione devono essere in grado di assumere rischi da imprese di assicurazione e quindi emettere strumenti finanziari senza che si creino impegni reciproci tra i diversi gruppi di rischio. Tali comparti patrimoniali sono noti anche, per esempio, nella legge sugli investimenti collettivi (LICol), che ammette investimenti collettivi di capitale multi-comparto che rispondono solo dei propri impegni (art. 92–94 LICol). Anche nel caso di fondazioni d'investimento, in cui è ammessa una suddivisione in diversi gruppi d'investimento, i patrimoni vengono trattati in ogni caso separatamente a livello giuridico. Infine, considerazioni simili valgono anche per il patrimonio vincolato delle imprese di assicurazione, che nelle procedure di risanamento e di fallimento è trattato come patrimonio speciale.

Art. 111m Costituzione

Con i gruppi di rischio è stata resa possibile la segmentazione di persone giuridiche. Un gruppo di rischio è abilitato a compiere atti giuridici come un'impresa indipendente, senza essere dotato di personalità giuridica. Dispone quindi di un patrimonio indipendente (cosiddetto segmento patrimoniale), distinto dal patrimonio della società veicolo di assicurazione e degli altri gruppi di rischio.

La separazione delle masse patrimoniali consente ai gruppi di rischio di svolgere le proprie attività indipendentemente gli uni dagli altri. I gruppi di rischio possono quindi esercitare unicamente le attività descritte negli statuti e nei regolamenti.

In mancanza di una personalità giuridica propria i gruppi di rischio non hanno organi propri. La rappresentanza dei singoli gruppi di rischio verso l'esterno compete unicamente ai legittimi rappresentanti della società veicolo di assicurazione. Tali persone possono compiere per un gruppo di rischio tutti gli atti giuridici che il settore di attività del gruppo di rischio può implicare. Verso l'esterno la società veicolo di assicurazione si presenta avvisando che l'operato riguarda un gruppo di rischio specifico.

Un gruppo di rischio risponde solo con i propri elementi patrimoniali, quindi solo per i rischi che gli sono attribuiti sulla scorta dei contratti di trasferimento dei rischi. Gli investitori hanno diritto solo al patrimonio e al reddito del gruppo di rischio in cui hanno investito o a cui partecipano.

In considerazione della natura e del funzionamento dei gruppi di rischio, è necessario osservare determinati obblighi di trasparenza e di pubblicazione. Un gruppo di rischio può dunque essere costituito solo se gli statuti lo consentono. Il regolamento del gruppo di rischio deve definire tra l'altro il settore di attività, l'organizzazione e la rappresentanza del gruppo di rischio nonché il segmento patrimoniale, inclusi gli emolumenti e le spese a carico del gruppo di rischio (cpv. 2). Il regolamento del gruppo di rischio deve essere reso accessibile agli investitori in forma opportuna (cpv. 3).

Art. 111n Segmenti patrimoniali

Ogni segmento patrimoniale è accumulato dai rispettivi investitori e costituisce un substrato di responsabilità a sé stante, di conseguenza gli elementi patrimoniali e gli impegni dei singoli segmenti patrimoniali devono essere inequivocabilmente identificabili e tenuti distinti gli uni dagli altri nonché dal patrimonio sociale.

Se un segmento patrimoniale non raggiunge la massa critica (o, per esempio, al fine di una struttura più efficiente), i singoli segmenti patrimoniali possono essere incorporati, ossia uniti, nel rispetto degli interessi degli investitori coinvolti. Il regolamento dei gruppi di rischio deve disciplinare il processo di incorporazione.

Art. 111o Strumenti finanziari

Ogni gruppo di rischio deve autofinanziarsi, quindi emettere strumenti finanziari. Al riguardo possono essere previste diverse categorie di strumenti finanziari, i cui diritti e doveri devono

essere descritti nel regolamento del gruppo di rischio per motivi di trasparenza e di certezza del diritto.

Per le società veicolo di assicurazione con la forma giuridica di una società anonima gli statuti possono inoltre prevedere che a livello della società (non del gruppo di rischio) siano emessi strumenti finanziari aventi diritto al patrimonio e al reddito di un determinato gruppo di rischio. In proposito sono applicabili per analogia gli articoli 654 e seguenti CO.

Art. 111p Assemblea degli investitori

Gli investitori formano una comunità di destino, che prende le proprie decisioni nell'assemblea degli investitori. La convocazione e lo svolgimento dell'assemblea sono retti per analogia dalle disposizioni del diritto della società anonima.

L'assemblea degli investitori ha la facoltà di adottare le misure idonee a salvaguardare gli interessi comuni degli investitori entro i limiti di legge. Gli oggetti su cui l'assemblea degli investitori può deliberare sono disciplinati nella legge, nella presente ordinanza, negli statuti della società veicolo di assicurazione o nel regolamento del gruppo di rischio. Le modifiche del regolamento devono essere approvate dall'assemblea degli investitori.

Il diritto di voto degli investitori è basato sulla loro quota di partecipazione al segmento patrimoniale.

Art. 111q Investimento del patrimonio

I proventi dell'emissione di strumenti finanziari possono essere investiti per la durata dell'assunzione del rischio. Nella prassi ciò avviene regolarmente in base al contratto di trasferimento dei rischi. La strategia d'investimento e gli investimenti consentiti per un gruppo di rischio devono essere stabiliti nelle direttive d'investimento, che sono emanate dall'organo preposto alla direzione generale.

Gli statuti devono disciplinare chi (organo preposto alla direzione generale, assemblea degli investitori, agente di trasferimento del rischio) può approvare o votare le modifiche alle direttive d'investimento. È ipotizzabile che gli statuti o il regolamento del gruppo di rischio impegnino gli investitori a effettuare versamenti suppletivi.

La strategia d'investimento può essere attuata da filiali assegnate al rispettivo segmento patrimoniale.

Art. 111r Partecipazione ai costi

La società veicolo di assicurazione disciplina i costi a carico del patrimonio sociale o del rispettivo segmento patrimoniale (p. es., dal momento che i singoli gruppi di rischio non hanno personalità giuridica, la società veicolo di assicurazione nel suo insieme funge da soggetto fiscale; le imposte dovute devono essere assegnate opportunamente ai segmenti patrimoniali). Al riguardo occorre creare trasparenza nei confronti degli investitori.

Art. 111s Richiesta di informazioni

Per l'esercizio dei loro diritti gli investitori devono essere sufficientemente informati, pertanto è necessario accordare loro gli stessi diritti di informazione e di consultazione degli azionisti nella società anonima. Questi diritti possono tuttavia essere negati nella misura in cui pregiudichino gli interessi degni di protezione o segreti d'affari, per esempio dell'agente di trasferimento del rischio.

Art. 111t Contabilità e presentazione dei conti

La società veicolo di assicurazione è obbligata a tenere una contabilità separata per il patrimonio sociale e i segmenti patrimoniali dei singoli gruppi di rischio e a esporre la situazione

economica in modo tale da consentire a terzi di farsi un'opinione attendibile. Inoltre deve redigere un rapporto sulla situazione. Gli articoli 957 e seguenti CO si applicano per analogia. La FINMA può precisare l'articolazione del conto annuale.

Art. 111u Scioglimento

Un gruppo di rischio è sciolto su delibera dell'organo preposto alla direzione generale. Agli investitori deve essere riservata la parità di trattamento. Gli statuti o il regolamento del gruppo di rischio disciplinano lo scioglimento e al riguardo possono prevedere diritti di essere consultati per gli investitori. Con i proventi del segmento patrimoniale di un gruppo di rischio vengono prima di tutto rimborsati i debiti (in particolare i crediti derivanti da impegni contratti per assumere i rischi); un'eventuale eccedenza è distribuita agli investitori del gruppo di rischio in questione, a condizione che gli statuti o il regolamento del gruppo di rischio non stabiliscano altrimenti.

In caso di insolvenza di un segmento patrimoniale, si applicano per analogia gli articoli 53 e seguenti LSA. In particolare la FINMA può, su proposta del liquidatore del fallimento, indire un'assemblea dei creditori o istituire un comitato dei creditori per tale segmento patrimoniale (art. 54b LSA).

(Capitolo 6: Ulteriori principi per l'esercizio dell'attività assicurativa)

Art. 119a Consegna di documenti agli stipulanti

Come esposto nel messaggio, l'obbligo di consegna comprende sia documenti o fascicoli in forma cartacea sia documenti, file o registrazioni di ogni genere su supporti elettronici purché si tratti di informazioni o documentazioni determinanti che l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione sono obbligati a pubblicare o conservare (si vedano, per esempio, gli art. 14a, 30b, 39h, 39k, 45, 45a e 45b LSA). Sono esclusi dall'obbligo di consegna i documenti di mero uso interno come studi preliminari, appunti o bozze (di contratto), perché non sono rilevanti per la verifica del comportamento conforme al contratto e alla legge dell'intermediario assicurativo o dell'impresa di assicurazione (cfr. in merito anche DTF 139 III 49 consid. 4).

(Titolo sesto: Disposizioni per singoli rami assicurativi)

Capitolo 1: Assicurazione sulla vita

Sezione 1: Tariffazione)

Art. 120 cpv. 1

A seconda dell'interpretazione, il termine «in funzione del rischio» in uso oggi per definire le basi e i metodi di calcolo, risulta troppo riduttivo; «adeguato» esprime meglio la corretta prassi vigente. Di conseguenza, anche le basi di costo utilizzate per la tariffazione dovranno ora essere adeguate. Il loro uso deve essere giustificato sotto il profilo attuariale. Ciò corrisponde alla prassi odierna e serve a fare chiarezza in termini di certezza del diritto. A differenza di quanto avviene attualmente, nei rami vita collettiva e vita individuale si devono indicare i periodi di validità.

Art. 121 Tariffazione al di fuori della previdenza professionale: tasso d'interesse tecnico per le assicurazioni sulla vita denominate in franchi svizzeri

Capoverso 1

Secondo il diritto vigente, il 60 per cento della media mobile decennale del tasso d'interesse di riferimento è determinante per fissare il tasso d'interesse tecnico. Oltre ad essere troppo statica, questa formula non è idonea neppure se in un contesto caratterizzato da tassi d'interesse bassi e negativi si verifica una flessione del livello dei tassi. La formula viene quindi sostituita con la media mobile quadriennale delle obbligazioni della Confederazione decennali, ridotta di adeguati margini di sicurezza conformemente ai capoversi 3 e 4.

Capoverso 3

Questo capoverso contiene disposizioni relative a un'eventuale positività della media mobile quadriennale. In tale caso si divide la media quadriennale e si applicano fattori diversi, a seconda dell'entità.

Capoverso 4

Questo capoverso contiene disposizioni relative a un'eventuale negatività della media mobile quadriennale.

Capoverso 5

Si stabiliscono determinati valori soglia, per evitare di dover adeguare troppo spesso il tasso d'interesse tecnico massimo.

Capoverso 6

La disposizione contiene una clausola di apertura restrittiva per la FINMA, in modo da permettere una rapida risoluzione di eventuali gravi problemi. Se ad esempio sul mercato dei capitali intervenissero cambiamenti come il venir meno della disponibilità di titoli pubblici corrispondenti o fossero applicati tassi di interesse significativamente inferiori al -1,5 per cento o superiori al 4 per cento, non sarebbe possibile applicare questo articolo. In tali casi la FINMA potrebbe fissare tassi d'interesse massimi più alti o più bassi e differenziare l'entità di questi massimali secondo un'eventuale copertura dei contratti. Questo per evitare il più possibile distorsioni nella concorrenza.

Art. 121b Tariffazione al di fuori della previdenza professionale: disposizioni comuni concernenti il tasso d'interesse tecnico per le assicurazioni sulla vita

Capoverso 1

Il capoverso è applicato solo in singoli casi, su richiesta motivata di un'impresa di assicurazione. In questo caso, la FINMA può autorizzare tassi d'interesse tecnici più elevati per durate contrattuali prestabilite o per singoli prodotti.

Capoverso 2

Per dare alle imprese di assicurazione tempo sufficiente per l'attuazione, è previsto un periodo di 6 mesi. Ciò corrisponde alla prassi vigente.

Art. 121c Tariffazione al di fuori della previdenza professionale: assicurazione sulla vita con tariffazione non basata su tassi d'interesse tecnici

La disposizione disciplina le garanzie la cui tariffazione si fonda su basi determinate dal mercato dei capitali diverse dai tassi d'interesse tecnici. In questo caso, le basi devono essere fissate con prudenza e in funzione delle garanzie. Ciò corrisponde all'attuale capoverso 3.

Art. 122 cpv. 1

Conformemente al capoverso 1 in vigore, per la tariffazione dei contratti d'assicurazione sulla vita, l'impresa di assicurazione deve utilizzare «tavole di mortalità riconosciute e altre basi statistiche parimenti riconosciute dalla FINMA». Qui non è chiaro se «riconosciute dalla FINMA» si riferisca solo alle tavole di mortalità o anche alle altre basi. Stando alla prassi attuale, tutte le basi biometriche e demografiche devono essere riconosciute dalla FINMA. Il termine «tavole di mortalità» è quindi sostituito con la perifrasi «basi biometriche e demografiche». Le basi di costo sono sancite come principio generale nell'articolo 120 cpv. 1 AP-OS.

Art. 123 cpv. 3

La modifica di questo capoverso non intende cambiare l'attuale prassi nel calcolo dei premi. Piuttosto, specifica e chiarisce il ruolo del proprio portafoglio, soprattutto nell'ambito dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia. Precisa che l'andamento individuale

dei sinistri è riferito a un portafoglio collettivo parziale da tariffare, mentre l'andamento collettivo dei sinistri si riferisce alla totalità dei portafogli parziali da tariffare e non a un qualsivoglia andamento collettivo dei sinistri (ad es. secondo la tabella di mortalità della popolazione o dell'intero mercato ecc.). Per avvalersi di statistiche trasversali è necessario che esse integrino adeguatamente i dati propri dell'assicuratore e questo deve essere giustificato sotto il profilo attuariale al momento della presentazione della tariffa. L'integrazione è adeguata, per esempio, se in base a metodi attuariali riconosciuti porta a una migliore valutazione del rischio. A tal fine è consentito tenere anche conto di aspetti come stabilità e continuità delle tariffe. L'obiettivo è sempre quello di far sì che la tariffa sia conforme alle regole della statistica. L'ultimo periodo della disposizione esclude un uso improprio di statistiche non pertinenti, come quello di falsificare i dati del proprio portafoglio utilizzando elementi non adeguati. Anche dal punto di vista della concorrenzialità, è importante che nessuna impresa di assicurazione possa ottenere vantaggi ingiustificati utilizzando statistiche non pertinenti.

Art. 127 cpv. 2 lett. g

Con l'entrata in vigore il 1° gennaio 2022 dell'articolo 90 capoversi 1 e 3 LCA modificato, viene meno la condizione secondo cui, per poter esigere dall'assicuratore un valore di liquidazione, lo stipulante deve aver versato i premi per un periodo di tre anni. Pertanto, la proposizione subordinata «sempre che lo stipulante abbia pagato i premi per tre anni» può essere cancellata.

(Sezione 3: Requisiti dei contratti di assicurazione sulla vita)

Art. 129a Informazioni specifiche per i prodotti nell'assicurazione sulla vita non qualificata

Capoverso 1

Prima della conclusione del contratto, l'impresa di assicurazione fornisce tempestivamente allo stipulante informazioni specifiche sull'assicurazione sulla vita non qualificata. Dati i minori rischi per lo stipulante, l'obbligo è meno ampio rispetto a quello per l'assicurazione sulla vita qualificata. Naturalmente, continuano a sussistere gli altri obblighi d'informazione delle imprese di assicurazione, in particolare quelli secondo la LCA.

Capoversi 2 e 3

In questi capoversi si fissa il principio degli esempi di calcolo che servono a illustrare allo stipulante uno scenario ponderato del futuro rendimento del suo contratto di assicurazione. Per ragioni di semplicità e comprensibilità, devono essere presentati almeno tre scenari («positivo», «medio», «negativo»). L'impiego di calcoli a titolo esemplificativo è in linea con la prassi corrente. Per rispetto della gerarchia normativa, ora tale principio è fissato nell'OS.

Capoverso 4

In tutti e tre gli scenari si devono indicare il pagamento alla scadenza e il valore di riscatto. Questi scenari permettono agli assicurati di farsi un'idea del valore che riceveranno in caso di riscatto e a quanto ammonterà la prestazione alla scadenza della polizza.

Capoverso 5

Il presente capoverso regola l'esposizione di costi trasparenti nello scenario medio (e solo in questo). I costi sono ripartiti in costi del rischio e altri costi. In questi ultimi rientrano tutte le tasse e tutti gli emolumenti addebitati agli assicurati, che devono essere in grado di comprendere le componenti del prodotto desiderato e, in particolare, di valutare se nel proprio caso abbia senso combinare la protezione del rischio con il risparmio o sia piuttosto vantaggioso separare queste due componenti. I premi supplementari sono premi per assicurazioni complementari facoltative (ad es. un'assicurazione per incapacità di guadagno) prive della componente di risparmio.

Capoverso 7

Alla FINMA viene assegnata la competenza di disciplinare i dettagli tecnici relativi agli esempi di calcolo e all'esposizione dei premi di rischio e dei costi del prodotto. In questo modo, anche qui è rispettata la gerarchia normativa, in particolare l'articolo 5 dell'ordinanza concernente la legge sulla vigilanza dei mercati finanziari, secondo cui i principi fondamentali sono fissati dal Consiglio federale nell'OS e la loro attuazione tecnica è delegata alla FINMA. Naturalmente, l'emanazione di precisazioni di natura tecnica comporta che siano osservati gli ulteriori requisiti posti dalla succitata ordinanza, ad esempio le consultazioni.

Art. 129b Informazione nell'assicurazione sulla vita qualificata: informazioni specifiche per i prodotti

Capoverso 1

Ai fini della trasparenza nell'assicurazione sulla vita qualificata, è particolarmente importante che prima della conclusione del contratto l'impresa di assicurazione informi concretamente lo stipulante in merito all'offerta. Le informazioni devono riguardare tutte le eventuali varianti considerate nella proposta di prodotto individualizzata. Per facilitare la comprensione di tali informazioni si devono utilizzare esempi di calcolo individualizzati. Questa norma corrisponde alla prassi corrente e, per rispetto della gerarchia normativa, è ora fissata nell'OS.

Capoverso 2

Negli esempi di calcolo, è particolarmente importante fornire anche uno scenario negativo, che mostri un rendimento inferiore rispetto a un investimento privo di rischio. Nel caso del rendimento medio, il lasso di tempo tra l'investimento e il pagamento alla scadenza è decisivo per determinare quanto esso sia inferiore rispetto al rendimento di un investimento senza rischio. Di conseguenza, si deve illustrare all'assicurato come il contratto di assicurazione potrebbe evolversi nel corso del tempo e avere un rendimento inferiore rispetto a quello di un investimento senza rischio, sia pur tenendo conto di eventuali garanzie stabilite contrattualmente. Se queste informazioni le fossero taciute, l'assicurato potrebbe farsi un'idea sbagliata e valutare erroneamente le conseguenze finanziarie della propria decisione. Invece, grazie all'esposizione del rendimento lordo, può valutare le situazioni del mercato dei capitali a cui fanno riferimento gli scenari.

Nello scenario medio, la prescrizione alla lettera f afferma la trasparenza della quota d'investimento secondo la logica della LSerFi. L'esposizione avviene come riduzione applicata al rendimento lordo comprensiva di tutti i costi (costi del fondo e altri costi), eccetto i costi del rischio. I costi del rischio devono essere esposti in modo specifico per l'ambito assicurativo, vale a dire indicando la loro quota sul premio assicurativo in cifra assoluta in franchi. La trasparenza così ottenuta è necessaria affinché l'assicurato possa capire il prodotto ed eventualmente valutare se sia ragionevole combinare una protezione del rischio con il risparmio oppure sia preferibile separare le due componenti.

Nel facile esempio che segue, si considera un'assicurazione di capitalizzazione legata a fondi d'investimento. Sono effettuati N pagamenti anticipati annuali del premio. La prestazione alla scadenza A^{real} è data dall'esempio di calcolo. In questo caso, è calcolata come segue:

$$\sum_{j=1}^N (P - r_j - k)(1 + n)^j = A^{real}$$

P sta per premio, r_j per il premio del rischio nell'anno $N - j + 1$, k per i prelievi dei costi e n per il rendimento lordo al netto delle commissioni del fondo, cioè $n = b - f$, dove b sta per il rendimento lordo e f per le commissioni del fondo.

Questo equivale a

$$\sum_{j=1}^N (P - k)(1 + n)^j = A^{real} + \sum_{j=1}^N r_j (1 + n)^j .$$

Per semplificare, sostituiamo la somma dei premi del rischio, comprensiva degli interessi maturati, con la semplice somma dei premi del rischio:

$$\sum_{j=1}^N (P - k)(1 + n)^j = A^{real} + \sum_{j=1}^N r_j = A^{senza detrazione di rischio} .$$

In questo modo si ottiene solo uno spostamento nell'esposizione di tutti i costi e dei costi del rischio tra riduzione percentuale del rendimento ed esposizione assoluta come costi del rischio. Con questa semplificazione, il rendimento netto (dopo tutti i costi tranne i costi del rischio) è l'interesse implicito (IZ) nell'equazione:

$$\sum_{j=1}^N P (1 + IZ)^j = A^{senza detrazione di rischio} .$$

La riduzione del rendimento risulta quindi come $b - IZ$.

Senza alcun prelievo dei costi, in questo esempio lo stipulante otterrebbe il seguente valore:

$$\sum_{j=1}^N P (1 + b)^j .$$

In tale calcolo, quindi, si considerano i costi risultanti dal passaggio da b a n in seguito al prelievo delle commissioni del fondo e i costi che risultano dal passaggio da n a IZ in seguito al prelievo dei costi dal premio. Per contro, in $A^{senza detrazione di rischio}$, e quindi in IZ , i costi di rischio non sono dedotti, poiché secondo la logica della LSA essi sono esposti separatamente.

Se per esempio il prodotto assicurativo è legato all'indice SMI, il rendimento lordo va calcolato senza ulteriori deduzioni, in base ai livelli dell'indice SMI, secondo l'ipotesi dello scenario medio. Per altri investimenti di capitale si deve procedere in modo analogo.

I premi supplementari sono premi per assicurazioni complementari facoltative (ad es. un'assicurazione per incapacità di guadagno) prive della componente di risparmio.

Le prescrizioni di cui al capoverso 2 sono importanti, perché esempi e casi di reclamo attuali confermano che i pagamenti alla scadenza in realtà possono essere inferiori a quelli di un investimento senza rischio. Ai fini della valutazione del rischio, è inoltre rilevante se il pagamento del premio avviene un'unica volta, all'inizio del contratto, oppure è ripartito sulla sua durata. Oltre a ciò, è sufficiente uno sviluppo economico sfavorevole all'inizio o alla fine scadenza della polizza per ridurre significativamente il rendimento rispetto a un investimento senza rischio. Le opportunità di sviluppo dell'investimento nel tempo da sole non possono eliminare tali effetti.

Art. 129c Informazioni nell'assicurazione sulla vita qualificata: indennità accettate da terzi

Capoverso 1

Quando raccomandano assicurazioni sulla vita qualificate, le imprese di assicurazione devono rendere noto, conformemente all'articolo 39h capoverso 2 LSA, se percepiscono indennità da parte di terzi in relazione al prodotto assicurativo in questione.

Questo capoverso comprende solo la comunicazione di indennità *non monetarie*, che quindi, per loro natura, non possono essere retrocesse allo stipulante, ad esempio, analisi di mercato e finanziarie (*research*) o accesso a piattaforme. Questa disposizione non riguarda le indennità corrisposte a intermediari assicurativi non vincolati. La comunicazione delle indennità corrisposte a tali intermediari è disciplinata dall'articolo 45b LSA.

Ciò che rientra nel concetto di indennità e spetta all'impresa di assicurazione in relazione alla fornitura di un servizio assicurativo, è generalmente deciso in base alle circostanze del singolo caso. Le possibili fattispecie sono troppo complesse per poter essere descritte con criteri chiari

e univoci a livello di ordinanza. Decisiva sarà soprattutto l'esistenza o meno di un conflitto di interessi.

Capoverso 2

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, che costituisce la base delle disposizioni sancite dall'articolo 39h capoverso 2 LSA, le società di un gruppo sono considerate terzi (cfr. DTF 138 III 755, pag. 773 segg. cifra 8). Dato che nella fattispecie il termine gruppo viene utilizzato per disciplinare diritti e doveri nel rapporto di diritto privato tra imprese di assicurazione e stipulanti, esso deve essere inteso in senso privatistico, facendo concretamente riferimento a quanto descritto in materia di presentazione dei conti all'articolo 963 CO (ovviamente senza considerare le deroghe di cui all'articolo 963a CO, poiché solo queste sono motivate dalla presentazione dei conti).

Art. 129d Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: messa a disposizione

Capoverso 1

Il foglio informativo di base deve essere messo a disposizione in vari modi. Determinante è che la messa a disposizione avvenga in una forma idonea alla conservazione delle prove. Deve quindi essere disponibile su un supporto durevole o in un sito web.

Capoverso 2

Se viene utilizzato un sito web, i requisiti di cui al presente capoverso garantiscono la necessaria conservazione delle prove. Per quanto riguarda il foglio informativo di base, esso deve essere messo a disposizione per tutto il tempo in cui viene offerta la corrispondente assicurazione sulla vita qualificata (e p. es., essere anche consultabile su un sito Internet).

Art. 129e Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: contenuto

Le informazioni contenute nel foglio informativo di base hanno carattere precontrattuale. Per soddisfare lo scopo, il foglio informativo di base deve essere formulato in modo onesto, preciso e chiaro, deve essere di facile comprensione per lo stipulante e non deve indurlo in errore. Le informazioni in esso contenute devono essere coerenti con i documenti contrattuali vincolanti (in particolare con le informazioni contenute nell'offerta secondo l'art. 129b AP-OS e le condizioni generali) nonché con eventuali altri documenti relativi all'offerta di assicurazione sulla vita qualificata proposta dall'impresa di assicurazione.

I requisiti concreti relativi al contenuto del foglio informativo di base sono contenuti nel modello di cui all'allegato 5.

Sono fatte salve le prescrizioni di leggi speciali specifiche per i prodotti. Ad esempio, l'articolo 102 capoverso 2 dell'ordinanza 22 novembre 2006²⁵ sugli investimenti collettivi stabilisce che la clausola di avvertimento per altri fondi di investimenti alternativi debba figurare sulla prima pagina del regolamento del fondo, del prospetto e del foglio informativo di base e debba sempre essere utilizzata nella forma in cui è stata autorizzata dalla FINMA.

Le eventuali disposizioni esecutive che la FINMA emanerà ai sensi del capoverso 3 sono limitate a questioni tecniche e possono soprattutto contribuire a migliorare la comprensibilità del foglio informativo di base.

Art. 129f Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: ampiezza, lingua e presentazione grafica

Il foglio informativo di base deve essere facilmente leggibile e comprensibile per gli stipulanti e deve quindi essere redatto in una delle lingue ufficiali o in inglese oppure nella lingua di

²⁵ RS 951.311

corrispondenza degli assicurati. La traduzione deve riportare in modo affidabile ed esatto il contenuto della versione originale del foglio informativo di base.

Art. 129g Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: terzi qualificati alla redazione

Spetta all'impresa di assicurazione verificare e decidere se la terza persona incaricata è qualificata alla redazione. La delega non deve essere inutilmente limitata, al momento che per legge, l'impresa di assicurazione resta responsabile della completezza ed esattezza delle informazioni contenute nel foglio informativo di base. In particolare, la persona delegata deve possedere le conoscenze necessarie in materia di assicurazione sulla vita qualificata e sulle disposizioni della LSA per la redazione del foglio informativo di base.

Art. 129h Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: versione provvisoria

Una versione provvisoria del foglio informativo di base secondo l'articolo 39b capoverso 4 LSA sarà probabilmente raramente necessaria nella pratica. È redatta per le assicurazioni sulla vita qualificate contenenti strumenti finanziari secondo l'articolo 3 lettera a LSerFi, offerte in sottoscrizione nell'ambito di un'emissione sul mercato primario e per le quali, ad esempio, i costi non sono ancora stati fissati e quindi si possono fornire solo informazioni a titolo indicativo (cfr. art. 85 OSerFi).

Il foglio informativo di base deve specificare chiaramente se contiene informazioni di carattere indicativo. Esse devono essere riconoscibili come tali, per esempio indicando un intervallo di valori entro cui possono oscillare i costi.

Se i dati di carattere indicativo non cambiano significativamente dopo essere stati fissati in via definitiva nella conferma di transazione (*trade confirmation*) e ad esempio i costi restano entro gli intervalli di valore indicati, una volta conclusa la transazione non è necessario redigere un foglio informativo di base rettificato secondo l'articolo 39e capoverso 1 LSA. Questo risulta dal senso della legge e non ha bisogno di essere disciplinato *ad hoc*.

Art. 129i Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: indicazioni su genere e caratteristiche

Secondo l'articolo 39c capoverso 2 lettera b LSA, l'impresa di assicurazione deve fornire informazioni sul genere e sulle caratteristiche dell'assicurazione sulla vita qualificata. Si tratta, ad esempio, di indicare se si tratta di un'assicurazione di rendita o di un'assicurazione sulla vita legata a un fondo o a un indice oppure se rientra nel pilastro 3a o 3b. Inoltre, le caratteristiche dell'assicurazione sulla vita qualificata devono essere descritte brevemente in un linguaggio comprensibile, specificando soprattutto la durata, se nota, le prestazioni assicurate e il processo di risparmio.

Art. 129j Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: indicazioni sui costi

Devono essere esposti tutti i costi dell'assicurazione sulla vita qualificata. Le informazioni devono essere presentate nel modo più preciso possibile e fornite nella loro totalità. Naturalmente variano a seconda di ciascuna polizza di assicurazione sulla vita qualificata.

I costi unici includono in particolare i costi del prodotto risultanti al momento della conclusione del contratto di assicurazione. Di regola, questi costi sono calcolati a determinati livelli e ripartiti sul prodotto come prezzi per la durata della polizza, se necessario sono anche scontati con il metodo dello «zilmeraggio», per esempio al momento della stipula. Alla voce spese di acquisizione sono spesso registrate commissioni di acquisizione, diritti di mediazione e superprovvigioni, remunerazioni del servizio esterno di consulenza, spese per la pubblicità nonché costi per l'esame della proposta o l'esame del rischio, l'elaborazione della proposta e l'allestimento

della polizza, tributi, tasse di bollo e così via. Nei costi unici sono inclusi anche gli emolumenti e i costi risultanti dall'eventuale riscatto di un'assicurazione sulla vita qualificata.

Sono considerati costi ricorrenti, per esempio, tasse amministrative, onorari per consulenza oppure spese di custodia o commissioni del fondo a carattere periodico.

L'indicazione dei costi previsti si basa su un valore approssimativo ricavato da costi effettivi sostenuti e, se non sono disponibili, su ragionevoli stime di tali costi.

Art. 129k Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: verifica e adeguamento

Fino a quando l'assicurazione sulla vita qualificata è offerta sul mercato, le indicazioni contenute nel foglio informativo di base devono essere verificate a intervalli regolari, in ogni caso almeno una volta l'anno. Date le differenti configurazioni delle assicurazioni sulla vita qualificate, la periodicità della verifica non è soggetta a ulteriori norme. A seconda del tipo di assicurazione sulla vita qualificata e del suo profilo di rischio e di rendimento, le indicazioni possono essere soggette a cambiamenti più o meno rilevanti e quindi richiedere adeguamenti più o meno frequenti del foglio informativo di base. Conformemente all'articolo 39e capoverso 1 LSA, il foglio informativo di base deve sempre essere adeguato in caso di modifiche sostanziali delle indicazioni.

Art. 129l Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: documenti esteri

I documenti da addurre di cui nell'allegato 7 possono essere utilizzati integralmente e senza aggiunte al posto di un foglio informativo di base per le assicurazioni sulla vita qualificate secondo l'articolo 39b LSA. Attualmente, non esistendo documenti esteri equivalenti, l'allegato 7 resta per il momento vuoto.

Tuttavia, allo stato attuale la rilevanza di questa disposizione non è ancora chiara, perché non esistono ancora documenti di diritto estero che siano equivalenti al foglio informativo di base svizzero per le assicurazioni sulla vita qualificate e possano essere utilizzati al suo posto.

Per ragioni di chiarezza va detto che un'impresa di assicurazione che offre in Svizzera assicurazioni sulla vita qualificate, dispone fondamentalmente di due possibilità per conformarsi all'obbligo di informazione previsto dalla legge: può redigere un foglio informativo di base secondo l'articolo 39b capoverso 1 LSA oppure utilizzare un documento estero equivalente. Qualora l'impresa di assicurazione si avvalga della seconda opzione, in linea di principio un rapporto con un mercato estero, ad esempio dell'UE, non è necessario, anche se l'assicurazione sulla vita qualificata viene offerta esclusivamente in Svizzera. Può redigere sia un foglio informativo di base sia un documento estero equivalente.

Art. 129m Verifica dell'appropriatezza nell'assicurazione sulla vita qualificata

Capoverso 1

Portata e contenuto della verifica dell'appropriatezza per assicurazioni sulla vita qualificate secondo l'articolo 39j LSA si orientano alle corrispondenti norme per il settore dei servizi finanziari (art. 10–14 LSerFi). La stipula di un'assicurazione sulla vita qualificata non avviene nell'ambito di una gestione patrimoniale vera e propria o di una consulenza d'investimento ai sensi dell'articolo 3 lettera c numeri 3 e 4 LSerFi e pertanto la LSA non prescrive in questo caso nemmeno una verifica formale dell'idoneità ai sensi dell'articolo 13 LSerFi. Nel corso delle delibere parlamentari, tuttavia, al legislatore si è palesata chiaramente la necessità che la distribuzione di prodotti d'investimento avvenga in condizioni di equità su tutto il mercato finanziario. Per il prodotto di assicurazione sulla vita qualificata ciò significa che, come qualsiasi altro prodotto d'investimento, esso deve essere appropriato al cliente, ovvero tenere conto dei suoi obiettivi d'investimento e delle sue condizioni finanziarie. In altri termini, non è ammissibile che la distribuzione di investimenti finanziari in forma di polizze di assicurazione sulla vita qualificata possa avvenire senza che l'impresa di assicurazione tenga conto degli obiettivi di investimento e delle condizioni finanziarie del cliente. Pertanto, la consulenza che

affianca la distribuzione dell'assicurazione deve considerare questi aspetti, seguendo così anche un'interpretazione di diritto privato dello speciale rapporto di consulenza basato sulla buona fede.

Nel valutare la sostenibilità finanziaria (lett. a), l'impresa di assicurazione o l'intermediario assicurativo deve informarsi sulla natura e l'ammontare del reddito regolare, sul patrimonio e sugli impegni finanziari attuali e futuri dello stipulante. Può basarsi sulle informazioni fornite dallo stipulante, come nel caso dell'indagine sulla capacità di rischio (lett. b), sulla situazione di vita e sugli obiettivi di investimento (lett. c), purché non ci siano indizi per ritenere che tali informazioni non corrispondono ai fatti (ad es. se l'autodichiarazione dello stipulante non concorda con le informazioni raccolte per verificare la plausibilità della transazione nel quadro degli accertamenti in materia di riciclaggio di denaro).

Capoverso 2

La disposizione precisa che le conoscenze e le esperienze della persona rappresentante hanno un ruolo fondamentale nella verifica dell'adeguatezza, perché sarà poi quest'assicurato a stipulare eventuali polizze di assicurazione sulla vita qualificate per la persona rappresentata.

Art. 129n Documentazione nell'assicurazione sulla vita qualificata

È ammessa una preparazione standardizzata della documentazione. Il termine di dieci giorni lavorativi deve essere inteso come riferito alla preparazione della documentazione, senza peraltro includere anche il suo termine di consegna allo stipulante.

Art. 129o Rendiconto nell'assicurazione sulla vita qualificata

È ammesso un allestimento standardizzato del rendiconto, purché siano rispettate le prescrizioni di legge, ad esempio permettendo allo stipulante di consultare i dati direttamente online. In ogni caso, la conservazione delle prove deve essere garantita con un supporto durevole.

Art. 129p Pubblicità relativa all'assicurazione sulla vita qualificata

Il foglio informativo di base è un documento a sé stante che deve essere chiaramente distinto dal materiale pubblicitario. Non deve quindi contenere riferimenti a materiale per il marketing. I materiali promozionali con informazioni specifiche sull'assicurazione sulla vita qualificata non devono contenere enunciati che contraddicono le indicazioni del foglio informativo di base o ne sminuiscono l'importanza. Nel materiale pubblicitario si deve far presente che esiste un foglio informativo di base, indicando anche le modalità per ottenerlo e l'indirizzo del sito Internet dell'offerente dell'assicurazione sulla vita qualificata (art. 39i cpv. 2 e 3 LSA).

Sulla scorta della regolamentazione della pubblicità di strumenti finanziari in vigore per tutti i fornitori di servizi finanziari secondo gli articoli 68 LSerFi e 95 OSerFi, una comunicazione su assicurazioni sulla vita qualificate è considerata pubblicità se è rivolta a stipulanti e si avvale di mezzi pubblicitari. In definitiva, la pubblicità deve servire ad offrire determinate assicurazioni sulla vita qualificate.

Così si esclude anche quanto di per sé non è considerato pubblicità: articoli scientifici o conferenze, spiegazioni o consulenze a stipulanti da parte di intermediari assicurativi, pubblicazioni sulla stampa specializzata o corsi di formazione ecc. Nel caso delle pubblicazioni, tuttavia, le *sponsored publication* possono in singoli casi essere qualificate come pubblicità se il loro contenuto serve a offrire determinate assicurazioni sulla vita qualificate. Questo viene precisato nel capoverso 2. Per rispettare l'obbligo di rendere riconoscibile come tale la pubblicità di assicurazioni sulla vita qualificate si può utilizzare un avviso apposito.

Art. 155 Restituzione di riserve di senescenza

Il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore la nuova LCA. L'articolo 35a capoverso 4 LCA recita ora: «Nell'assicurazione complementare all'assicurazione sociale malattie (art. 2 cpv. 2 della legge

del 26 settembre 2014 sulla vigilanza sull'assicurazione malattie), il diritto di recesso ordinario e quello in caso di sinistro possono essere esercitati unicamente dallo stipulante (art. 42 cpv. 1 della presente legge) (...)). Pertanto, la premessa dell'articolo 155 capoverso 1 OS, secondo cui entrambe le parti hanno facoltà di sciogliere il contratto di assicurazione, non è più corretta.

L'adattamento di questa disposizione, che era comunque necessario, rende anche possibile trasferire le riserve di senescenza agli assicurati, qualora esse sciolgano il contratto di assicurazione. Questo favorisce l'innovazione. Allo stesso tempo, la norma è concepita in modo tale da ridurre vincoli che bloccano gli assicurati e aumentare la trasparenza. Questo serve agli interessi degli assicurati.

Con la nuova versione, le imprese di assicurazione possono sviluppare prodotti che permettono di portare con sé le riserve di senescenza. Il mercato dell'assicurazione malattia secondo la LCA (assicurazione malattia complementare) è afflitto dal problema della «prigionia» pluriennale di assicurati nei portafogli degli assicuratori e da una certa scarsità di trasparenza. La «prigionia» degli assicurati è dovuta soprattutto ai fattori seguenti.

- Da un lato, la possibilità per l'assicuratore di non accettare un proponente in base al risultato dell'esame dello stato di salute o di accettarlo a condizione di escludere prestazioni. In questo modo il passaggio a un altro prodotto diventa impossibile o poco interessante.
- Dall'altro, sciogliendo il contratto, lo stipulante non ha diritto alla liquidazione di eventuali riserve di senescenza da lui finanziate. Il blocco delle riserve di senescenza può rendere molto più difficile, sotto il profilo finanziario, il passaggio a un altro prodotto.

La nuova versione dell'articolo 155 OS combatte in particolare la seconda causa, rendendo possibile la configurazione di un prodotto in cui gli assicurati, se sciolgono il contratto, possono ottenere la restituzione di una parte adeguata delle riserve di senescenza. Questa opzione offre alle imprese di assicurazione la possibilità di concepire con cura e introdurre nuovi prodotti sul mercato. La norma trova pertanto applicazione solo se le imprese di assicurazione si avvalgono di tale opzione.

Capoverso 1

Il capoverso continua ad essere una disposizione potestativa e quindi, insieme alle altre disposizioni, è applicabile solo se l'impresa di assicurazione offre un prodotto apposito, con un'adeguata restituzione delle riserve di senescenza. La norma è quindi applicata ai prodotti che prevedono un obbligo di costituire riserve di senescenza. Lo scioglimento anticipato contempla il recesso da parte dello stipulante oppure lo scioglimento del contratto per motivi straordinari. In caso di decesso dell'avente diritto, il diritto alla restituzione si estingue, in quanto non trasmissibile per eredità. In questo caso, l'importo corrispondente rimane nel collettivo di assicurati, contribuendo soprattutto al finanziamento delle sue riserve di senescenza.

Capoverso 2

Per tali prodotti, l'impresa di assicurazione deve presentare alla FINMA un piano contenente le basi dei valori di liquidazione. In questo modo, nel corso del processo di autorizzazione la FINMA potrà verificare se è effettivamente prevista la restituzione di una parte adeguata agli assicurati.

Capoverso 3

La disposizione stabilisce i requisiti per i valori di liquidazione in termini generali e astratti. I valori di liquidazione si orientano all'importo accumulato per lo stipulante fino al momento dello scioglimento del contratto, che è stato calcolato secondo le basi tariffarie del relativo contratto di assicurazione. Al fine di ridurre il rischio di antiselezione, per il calcolo del valore di liquidazione non si deve considerare l'andamento individuale dei sinistri, bensì assumere come base di riferimento unicamente la curva delle prestazioni tariffarie. L'assicuratore può applicare una detrazione appropriata per il rischio di antiselezione o per il rischio di estinzioni anticipate di massa. Può anche applicare una detrazione adeguata per spese di acquisizione non ammortizzate. Questo è giustificato dal fatto che lo stipulante si impegna solo per un anno e in questo periodo potrebbe non essere possibile ammortizzare tutte le spese di acquisizione.

Capoverso 4

Il capoverso stabilisce il principio che l'impresa di assicurazione deve disporre di riserve tecniche in grado di coprire in qualsiasi momento i valori di liquidazione. Questa norma è necessaria affinché il diritto alle prestazioni possa essere soddisfatto in ogni caso.

Capoverso 5

Questa norma afferma la necessaria trasparenza nei confronti dello stipulante. A tal fine, almeno una volta all'anno l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante in merito all'ammontare del valore di liquidazione. Deve fornire la stessa informazione se lo stipulante ne fa richiesta e in caso di adeguamento del premio. Si deve infine tenere presente che i valori di liquidazione sottostanno all'obbligo di informazione precontrattuale (art. 3 cpv. 2 lett. f LCA).

(Capitolo 7: Riassicurazione)

Art. 181a

Questo articolo assegna alla FINMA la facoltà di emanare disposizioni di esecuzione tecniche nel quadro delle prescrizioni del Consiglio federale. Ulteriori adeguamenti a livello di OS, ad esempio per quanto riguarda i derivati e le attività accessorie all'attività assicurativa, non devono essere fissati in questa sede, bensì direttamente negli articoli che disciplinano questi settori (ad es. art. 100 segg. OS e disposizioni di esecuzione dell'art. 11 LSA).

(Titolo settimo: Intermediazione assicurativa

Capitolo 1: Campo di applicazione e definizioni)

Le disposizioni in materia di intermediazione assicurativa vengono riviste in base alle nuove prescrizioni di legge. Ad alcuni articoli preesistenti è stato assegnato un nuovo numero, al fine di facilitare la leggibilità di questo titolo.

Art. 182 Attività all'estero

La disposizione corrisponde materialmente a quella vigente. Per ragioni di chiarezza, la rubrica è stata adattata e sono state anche apportate modifiche formali.

Art. 182a Intermediazione assicurativa

Capoverso 1

Partendo dalla dottrina e prassi attuali, il capoverso 1 precisa che fornire consulenza nonché proporre o eseguire altri lavori preparatori essenziali in relazione all'offerta o alla conclusione di contratti di assicurazione sono attività che rientrano nell'intermediazione assicurativa secondo l'articolo 40 capoverso 1 LSA. L'intermediazione assicurativa avviene solitamente nel *Point of Sale*, ma le relative attività possono svolgersi anche altrove lungo la catena di valore, a seconda del modello aziendale applicato. I termini «offrire» e «concludere» si riferiscono a persone fisiche e giuridiche che svolgono un ruolo attivo nella conclusione di un contratto di assicurazione, fornendo supporto o consulenza significativi agli stipulanti. Dipendenti senza responsabilità diretta nei confronti della clientela, che per esempio lavorano nel servizio di *back office* o alla reception o rispondono alle chiamate di stipulanti e le inoltrano agli intermediari assicurativi affinché forniscano consulenza, non rientrano nell'intermediazione assicurativa. Come nel diritto vigente, a questi dipendenti non si applica il termine intermediario e pertanto essi non sono soggetti ad alcun obbligo di formazione e perfezionamento per intermediari assicurativi secondo l'articolo 43 LSA.

Capoverso 2

Il punto centrale di questo capoverso è la neutralità tecnologica, perché «l'offerta o la conclusione» di contratti di assicurazione secondo il capoverso 1 può avvenire non solo nel contatto diretto con il cliente in presenza, ma anche in assenza, per esempio tramite un sito Internet,

un'app per smartphone e altro ancora. Questo chiarimento corrisponde anche nel contenuto all'indirizzo della direttiva europea pertinente²⁶.

L'elenco alle lettere a e b, non esaustivo, raccoglie i processi tipici delle cosiddette «piattaforme di comparazione» su Internet. Gli elementi dell'«offerta» e della «conclusione» sono contenuti in queste attività, che pertanto sono considerate attività di intermediazione assicurativa. La decisione se si tratti di un'intermediazione non vincolata o vincolata avviene in base alle definizioni generali dell'articolo 40 capoversi 2 e 3 LSA.

Capoverso 3

La disposizione circoscrive attività che per loro natura non sono ancora qualificabili come intermediazione assicurativa, per esempio la semplice trasmissione di dati e informazioni, senza che sia prestato alcun supporto alla conclusione del contratto di assicurazione. Così, secondo la prassi corrente, anche la semplice intermediazione di indirizzi può essere distinta dall'intermediazione assicurativa. La regolamentazione corrisponde anche alla normativa in vigore nell'UE. Non è altresì da qualificare come intermediazione assicurativa la semplice trasmissione di informazioni su prodotti assicurativi e dati di contatto di intermediari o imprese di assicurazione a persone interessate, purché esse non fruiscono anche di supporto alla conclusione del contratto di assicurazione. Anche in questi casi si tratta semplicemente di un'intermediazione di indirizzi, di un consiglio o di un apporto di clienti, purché l'attività di consulenza sia demandata a un intermediario o a un'impresa di assicurazioni.

Questo però non stabilisce se la trasmissione di dati sia giuridicamente ammissibile. Si devono ovviamente considerare eventuali prescrizioni legali, in particolare quelle relative alla protezione dei dati. Restano pertanto riservate le attività vietate nell'ambito della trasmissione di dati (ad es. senza il consenso o contro la volontà della persona interessata) o i divieti di acquisizioni a freddo.

Art. 182b Apparenza di attività di intermediazione non vincolata

Questo articolo definisce principalmente la fattispecie in cui una «piattaforma di confronto» dà l'impressione di offrire un'intermediazione non vincolata, ad esempio utilizzando espressioni come «indipendente» o «la migliore offerta sul mercato». Di regola, l'attività di tali «piattaforme di confronto» dovrebbe essere qualificata come intermediazione assicurativa non vincolata e sottostare all'obbligo di registrazione secondo l'articolo 41 LSA. Il capoverso 2, tuttavia, non contempla il semplice confronto di prodotti assicurativi, senza possibilità di una stipula.

Art. 182c Attività illecite e conflitti di interessi

Gli intermediari assicurativi devono sapere se sono vincolati o non vincolati, perché nel primo caso intrattengono (primariamente) un rapporto di fiducia con gli stipulanti (art. 40 cpv. 2 LSA) e sono soggetti all'obbligo di registrazione (art. 41 cpv. 1 LSA), nell'altro caso invece non lo sono. Inoltre, non possono essere vincolati e contemporaneamente non vincolati (art. 44 cpv. 1 lett. b LSA). Per l'obbligo di lealtà che sussiste nei confronti degli stipulanti, l'intermediario non vincolato è generalmente tenuto a posporre i propri interessi.

Il diritto vigente, all'articolo 183 capoverso 1 lettere c–e e capoverso 2 OS elenca gli intrecci di natura organizzativa, economica e personale con imprese di assicurazione (conflitti di interessi) per i quali un intermediario assicurativo già oggi non è considerato non vincolato e quindi, in base a una *praesumptio iuris et de iure*, risulta essere vincolato. La presente disposizione riprende questo elenco e, sulla base dell'articolo 45a capoverso 3 LSA, definisce come incompatibile con il rapporto di fiducia con gli stipulanti ogni comportamento legato a conflitti di interessi potenzialmente gravi e pertanto assolutamente illecito per gli intermediari assicurativi non vincolati.

Nel diritto vigente (art. 183 cpv. 1 lett. c OS), un intermediario assicurativo non vincolato non può collaborare o avere altri accordi con un'impresa di assicurazione che pregiudicano la sua

²⁶ Direttiva (UE) 2016/97 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 gennaio 2016 sulla distribuzione assicurativa (rifusione) (GU L26/19)

libertà di lavorare anche per altre imprese di assicurazione. Parimenti illecite, come nel diritto vigente (cfr. art. 183 cpv. 1 lett. d ed e nonché cpv. 2 lett. a e b OS), sono partecipazioni reciproche dirette o indirette al capitale sociale superiori al 10 per cento o intrecci a livello personale tra l'intermediario non vincolato e un'impresa di assicurazione, tramite i quali sia possibile influenzare in altro modo l'andamento degli affari della controparte.

È importante rilevare che, come nel diritto vigente, le attività illecite summenzionate per l'intermediario assicurativo non comportano un divieto di svolgere attività di intermediazione, ma fanno di per sé presumere in modo inconfutabile che egli agisce come intermediario vincolato.

Gli intermediari assicurativi devono comunicare i conflitti di interessi (art. 45a cpv. 2 LSA) sostanzialmente secondo le stesse modalità delle imprese di assicurazione (cpv. 2).

(Capitolo 2: Registro)

Art. 182d Contenuto

La disposizione in vigore (art. 187) rimane sostanzialmente invariata. Viene adattata alla disposizione di legge secondo cui gli intermediari assicurativi non vincolati ora intrattengono esplicitamente un rapporto di fiducia con gli stipulanti e agiscono nel loro interesse (art. 40 cpv. 2 LSA). Quindi, per definizione, non possono rappresentare imprese di assicurazione, al contrario degli intermediari assicurativi vincolati, che secondo la legge ancora in vigore possono iscriversi volontariamente nel registro. Anche il fatto che gli intermediari assicurativi non possano operare contemporaneamente come intermediari vincolati e non vincolati (art. 44 cpv. 1 lett. b LSA) rende necessario un adeguamento.

Art. 183 Obbligo di registrazione

Questo articolo precisa che l'obbligo di iscrizione per gli intermediari assicurativi non vincolati secondo l'articolo 41 capoverso 1 LSA sussiste sia per le persone fisiche che per le persone giuridiche. I dipendenti che offrono o concludono contratti di assicurazione per conto del proprio datore di lavoro sono contrassegnati in modo specifico dalla FINMA nel registro. Questo corrisponde all'odierna prassi della FINMA.

L'attuale articolo 183 sull'obbligo di iscrizione può essere sostanzialmente abrogato. Serviva a distinguere tra attività d'intermediazione vincolata e non vincolata e il relativo obbligo o diritto d'iscrizione nel registro della FINMA. Questa distinzione, già attuata a livello di legge (art. 40 cpv. 2 e 3 e 44 cpv. 1 lett. b LSA) con la revisione della LSA, viene concretizzata nel nuovo articolo sulle attività illecite (art. 182c AP-OS). Gli intermediari assicurativi non vincolati intrattengono ora un rapporto di fiducia con gli stipulanti. Solo questo aspetto è determinante ai fini della distinzione dagli intermediari vincolati. Un'iscrizione su base volontaria degli intermediari vincolati nel registro della FINMA non è più prevista dalla legge.

Art. 184 Domanda di registrazione

Le indicazioni e i documenti da presentare sono elencati nel nuovo allegato 4. La FINMA verifica che il richiedente goda di una buona reputazione e garantisca l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla legge (art. 46 cpv. 1 lett. b LSA). Se non le fosse possibile svolgere tale verifica sulla base delle indicazioni e dei documenti menzionati, in singoli casi può richiedere ulteriori documenti probatori. Per esempio, indicazioni e documenti relativi agli intrecci di natura organizzativa, personale o finanziaria tra il richiedente e l'impresa di assicurazione.

I dettagli tecnici del processo di registrazione, ad esempio le interfacce per il caricamento dei documenti, sono disciplinati dalla FINMA in un'ordinanza.

Art. 185 Modifica di fatti sostanziali

La disposizione corrisponde all'attuale articolo 189. Ai sensi dell'articolo 29 capoverso 2 LFINMA, gli assoggettati alla vigilanza devono notificare senza indugio alla FINMA tutti gli eventi di grande importanza ai fini della vigilanza. Ciò include, in particolare, ogni mutamento

dei fatti su cui si fonda la registrazione. Pertanto, come nel diritto vigente, non è necessario un elenco non esaustivo. Le modifiche ai capoversi 2 e 3 sono di natura linguistica.

Capitolo 3: Condizioni dell'attività di intermediazione

Art. 186 Sede, domicilio o succursale

Capoverso 1

La disposizione concretizza l'obbligo per gli intermediari assicurativi non vincolati di avere la sede, il domicilio o una succursale in Svizzera.

Dal punto di vista della legislazione in materia di vigilanza, è sufficiente che in seguito a tale obbligo il datore di lavoro sia tangibile in Svizzera.

Capoverso 2

Questo capoverso specifica che i dipendenti di un intermediario assicurativo non affiliato che offrono o concludono contratti di assicurazione in suo nome, non devono necessariamente avere il domicilio in Svizzera. Sono però tenuti a svolgere la loro attività di intermediazione in loco in Svizzera.

Capoverso 3

Deroghe all'obbligo di cui al presente articolo sono da interpretare in modo restrittivo. Non si capisce per quale ragione la Svizzera dovrebbe aprire l'accesso al mercato in assenza di reciprocità. Questo è ipotizzabile solo se esiste un diritto di reciprocità o un trattato internazionale, come l'accordo tra la Confederazione Svizzera e il Principato del Liechtenstein concernente l'assicurazione diretta e l'intermediazione assicurativa²⁷.

Art. 187 Requisiti personali

L'integrazione proposta stabilisce che se gli intermediari assicurativi hanno forma di persona giuridica, anche le persone incaricate dell'amministrazione e della gestione nonché le persone che detengono una partecipazione qualificata nell'intermediario assicurativo devono adempiere i requisiti personali.

Art. 188 Requisiti posti al governo d'impresa

Capoverso 1

A garanzia dell'adempimento degli obblighi derivanti dalla LSA e della buona reputazione secondo l'articolo 41 capoverso 2 lettera b LSA, gli intermediari assicurativi non vincolati devono ora osservare determinati standard minimi in materia di *corporate governance*.

Capoverso 2

Questi standard minimi variano in base a dimensioni, complessità e forma giuridica dell'intermediario e anche a seconda del tipo d'intermediazione assicurativa offerta e dei rischi correlati. In virtù del principio di proporzionalità, questi standard sono meno ampi di quelli per le imprese di assicurazione assoggettate. In ogni caso, però, è necessario che ci sia una chiara attribuzione di compiti, competenze e linee gerarchiche (lett. a). Le attività operative devono essere separate dalle attività di controllo (lett. b). Importante è anche una documentazione adeguata, in particolare per quanto riguarda l'attuazione dell'obbligo d'informare di cui all'articolo 45 LSA (lett. c). Devono poi essere definiti principi, processi e strutture per garantire che l'intermediario assicurativo non vincolato adempia le leggi, le norme in materia di vigilanza e le prescrizioni interne (lett. d). Infine si devono definire anche i requisiti posti a tutti i dipendenti che svolgono intermediazione di contratti di assicurazione come parti contraenti con mandato, assoggettandoli a meccanismi di controllo per affrontare i rischi che in tale ambito potrebbero influire sull'intermediario assicurativo non vincolato (lett. f).

²⁷ RS 0.961.514

Art. 189 Garanzie finanziarie

Capoverso 1

Come nel diritto vigente (art. 186), l'assicurazione di responsabilità civile degli intermediari deve coprire la responsabilità civile legale. Ciò significa che eventuali pretese per la violazione dell'obbligo di diligenza professionale derivanti da una responsabilità contrattuale che esula dalle prescrizioni legali non devono essere assicurate. Gli obblighi determinanti in materia di diligenza professionale degli intermediari assicurativi non vincolati derivano dalle prescrizioni della LSA e in particolare anche dalle relative disposizioni del Codice delle obbligazioni.

Capoverso 2

Come nel diritto vigente, l'obbligo di concludere un'assicurazione di responsabilità civile professionale non sussiste se è stata stipulata da un terzo (di solito il datore di lavoro) e gli intermediari assicurativi sono inclusi nella copertura.

Capoverso 3

La somma della copertura pari a 2 milioni di franchi per intermediario assicurativo corrisponde al diritto vigente e dovrebbe essere sufficiente a coprire un sinistro di media entità. La somma della copertura è stata fissata per quattro livelli, per non dover adeguare l'importo ogniqualvolta un intermediario assicurativo non vincolato inizia o lascia il rapporto di lavoro dipendente.

Invece, allo scopo di permettere soluzioni di mercato flessibili, non è stata fissata una franchigia massima. Trattandosi di responsabilità civile legale, l'assicuratore è comunque soggetto a limitazioni, dato che secondo l'articolo 59 capoverso 3 LCA, non può ridurre i diritti di terzi. Una franchigia concepita in modo tale da contraddire il principio dell'obbligo di assicurazione secondo la LSA, non potrebbe quindi essere opposta a terzi in caso di sinistro.

Capoverso 4

I requisiti di copertura di cui al capoverso 3 si applicano anche se l'utilizzo di sistemi informatici o di altri mezzi elettronici nell'attività di intermediazione assicurativa comporta un aumento del volume dei contratti paragonabile a quello che si otterrebbe impiegando personale dipendente.

Capoverso 5

Per garantire che la copertura assicurativa non possa decadere a breve termine, nell'assicurazione di responsabilità civile professionale il termine ordinario di disdetta è di almeno tre mesi.

Capoverso 6

L'obbligo di estensione della responsabilità copre analogamente casi come quello in cui il sinistro sia scoperto solo dopo il fallimento e la liquidazione dell'intermediario assicurativo non vincolato oppure come quello di passaggio a una nuova polizza e il rifiuto da parte del nuovo assicuratore di assumere i sinistri pregressi o di assumerli solo in parte.

(Capitolo 4: Formazione e formazione continua)

Art. 190 Standard minimi

Capoverso 1

Gli intermediari assicurativi devono possedere le capacità e conoscenze necessarie allo svolgimento della loro attività (come già sancito dall'art. 184, ora sostituito dall'art. 190 AP-OS). Il legislatore ha previsto che siano le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi a farsi carico delle necessarie concretizzazioni, fissando standard minimi interaziendali per la formazione e la formazione continua (art. 43 cpv. 2 LSA). Il settore ha segnalato che intende assumersi questo compito. Si può quindi supporre che questo porterà a definire standard per la formazione e la formazione continua ragionevoli, orientati alla prassi e flessibili. Se, contrariamente alle aspettative, il Consiglio federale dovesse intervenire, si atterrà alle disposizioni di questo articolo.

Le prescrizioni relative alla configurazione degli standard minimi garantiscono il raggiungimento degli obiettivi di tutela previsti per legge e tengono conto delle capacità e conoscenze più importanti. Questi criteri sono utilizzati dalla FINMA per il riconoscimento degli standard minimi conformemente all'articolo 7 capoverso 3 LFINMA o servono come prescrizione nel caso in cui il Consiglio federale debba intervenire, ad esempio nel caso risultassero lacune negli standard minimi. Gli standard minimi riconosciuti dalla FINMA diventano vincolanti per il settore assicurativo o per parti di esso (ad es. sono ipotizzabili standard minimi diversi per intermediari vincolati e non vincolati). Se la FINMA giunge alla conclusione che uno standard minimo presentato non soddisfa o non soddisfa più i requisiti, esso dovrà essere opportunamente migliorato.

Se giustificato da motivi oggettivi, per attività o requisiti diversi dei rami assicurativi è possibile adottare standard minimi differenti, tenendo conto del succitato obiettivo di tutela nonché delle già menzionate capacità e conoscenze.

La formazione serve ad acquisire le capacità e conoscenze necessarie e quindi la prima autorizzazione all'esercizio della professione. La formazione continua serve a conservare la propria professionalità, a specializzarsi e aggiornarsi (rinnovo della certificazione).

Capoverso 2

Questo capoverso specifica gli standard minimi relativi alle capacità e conoscenze di base che tutti gli intermediari devono acquisire. È chiaro che queste capacità e conoscenze possono differire in termini di profondità e ampiezza del sapere, a seconda dei requisiti. Si pensi ad esempio al caso di garagisti che si limitano a procurare assicurazioni dei veicoli a motore o di intermediari che operano esclusivamente nel ramo dell'assicurazione malattia. In questi casi, la conoscenza dei prodotti di altri rami assicurativi, per esempio dell'assicurazione sulla vita, riveste solo un'importanza secondaria e lo standard minimo può adeguatamente tenerne conto. Rispetto a un ipotetico caso normale, in singoli casi per l'attività d'intermediazione risultano limitazioni che ovviamente comportano una corrispondente circoscrizione del campo di attività consentito.

Capoverso 3

Come nel diritto vigente, l'adempimento degli standard minimi della formazione di intermediari deve essere comprovato dal superamento di un esame. Questo permette una verifica obiettiva, affidabile e valida delle capacità e conoscenze. La formazione continua può essere comprovata anche da attività didattiche documentate, come già avviene nel settore delle assicurazioni private. La configurazione concreta deve essere fissata negli standard minimi. L'attuale capoverso 3 dell'articolo 184 può essere abrogato definitivamente, poiché negli standard minimi si dovrà disciplinare l'equivalenza di altri certificati professionali comprovanti la formazione e la formazione continua.

Art. 190a Riconoscimento degli standard minimi

Il controllo che gli standard della formazione continua siano rispettati viene aggiunto come nuova attività. Ragionevolmente, come nel caso degli esami, questo compito è demandato alle organizzazioni di categoria, i cui standard minimi sono stati riconosciuti dalla FINMA.

Le organizzazioni di categoria possono affidare a terzi lo svolgimento degli esami e il conferimento dei diplomi.

L'esternalizzazione degli esami corrisponde a una pratica collaudata dall'ultima revisione dell'OS nel 2005 e costituisce uno sgravio per l'autorità di vigilanza. L'Associazione per la formazione professionale nell'assicurazione (AFA) esamina ogni anno circa 2000 futuri intermediari assicurativi (esami scritti e orali).

Capitolo 4: Rapporto e obbligo d'informare

Art. 190b

La nuova disposizione concernente il rapporto è tesa a migliorare le basi informative per la sorveglianza continua, quindi anche l'efficacia della vigilanza esercitata dalla FINMA a tutela degli assicurati. Gli indicatori e le informazioni rilevanti in merito all'attività degli intermediari assicurativi non vincolati servono alla FINMA per rafforzare la vigilanza sugli abusi, ma anche per sviluppare quella basata sui dati. Il capoverso 3 conferisce alla FINMA la competenza di disciplinare autonomamente i dettagli tecnici concernenti il rapporto, quindi anche stabilire la data di riferimento del rapporto annuale. In generale la FINMA riesce così a tenere il passo degli sviluppi tecnologici ed elaborare gli indicatori e le informazioni che le sono pervenuti con un grado elevato di automazione. Dalle possibilità offerte dalla digitalizzazione si attendono incrementi di efficienza. Di norma gli intermediari assicurativi non vincolati dispongono delle informazioni e degli indicatori da predisporre già come dati grezzi che servono a dirigere l'attività di intermediazione. La portata dell'obbligo di presentare un rapporto, limitato agli indicatori e alle informazioni rilevanti, è dunque proporzionata e, nella maggior parte dei casi, comporta un onere relativamente modesto per gli intermediari assicurativi non vincolati.

Art. 190c

La disposizione corrisponde all'attuale articolo 190.

(Titolo ottavo: Gruppi assicurativi e conglomerati assicurativi

Capitolo 1: Gruppi assicurativi

Sezione 2: Gestione dei rischi)

Art. 195 cpv. 3

Il requisito si riferisce all'istituzione di una funzione attuariale anche a livello di gruppo, con responsabilità per tutto il gruppo. Questo corrisponde ai requisiti secondo gli standard internazionali IAIS. Il riferimento all'articolo 24 LSA non riguarda la persona dell'attuario responsabile. Le imprese di assicurazione hanno libertà d'azione per quanto concerne l'assegnazione del personale alla funzione attuariale. L'istituzione di tale funzione serve soprattutto a garantire riserve sufficienti sotto il profilo attuariale per l'intero gruppo assicurativo.

Titolo prima dell'art. 197a

Sezione 2a: Strumenti della sorveglianza dei gruppi

Osservazioni preliminari sugli art. 197a–197e

Nell'ambito del piano di stabilizzazione, le norme applicabili ai singoli istituti secondo l'articolo 22a LSA e le disposizioni esecutive dell'OS si applicano anche ai gruppi (cfr. art. 67 cpv. 4 LSA).

Inoltre, le seguenti disposizioni per la sorveglianza di gruppi secondo l'articolo 204 OS si applicano per analogia anche alla sorveglianza dei conglomerati assicurativi.

Art. 197a Elaborazione del piano di liquidazione

Tenendo conto in egual misura degli interessi della vigilanza e del settore, l'articolo disciplina la competenza della FINMA a elaborare un piano di liquidazione. L'autorità di vigilanza necessita in questo caso di un margine discrezionale maggiore per poter tenere conto del singolo caso e delle circostanze. I requisiti per un piano di liquidazione non devono essere talmente restrittivi da impedire alla FINMA di elaborarne uno *ad hoc*, se lo ritiene opportuno. In particolare, l'elaborazione di un piano di liquidazione dovrebbe essere possibile anche per motivi che difficilmente possono essere contemplati a livello normativo. D'altra parte, è interesse legittimo di un gruppo assicurativo avere massima contezza delle condizioni che potrebbero sottoporlo a un piano di liquidazione e ai relativi obblighi di collaborazione e informazione. In questo senso, la disposizione contiene requisiti per l'elaborazione di un piano di liquidazione che si

rifanno a quelli dell'articolo 98c AP-OS per piani di stabilizzazione di singoli istituti, ma concede alla FINMA una flessibilità adeguatamente maggiore nell'ambito dei gruppi. L'elaborazione di un piano di liquidazione non è di per sé un indicatore della rilevanza sistemica dell'impresa. Eventuali piani di stabilizzazione esistenti devono certamente essere considerati nel piano di liquidazione, ma non necessariamente essere usati come punto di partenza per impostarne il contenuto. Naturalmente, la FINMA non richiederà informazioni sul piano di liquidazione che siano già contenute in un piano di stabilizzazione. Il gruppo o conglomerato viene ovviamente coinvolto nella definizione e verifica della strategia di liquidazione.

Art. 197b Rielaborazione del piano di liquidazione

A livello internazionale, questa norma deve essere considerata contestualmente al *ComFrame*²⁸ 12.3.b e al *Resolvability Assessment* con cui si afferma un corrispondente obbligo di verifica. La FINMA dispone di un certo margine discrezionale per definire la frequenza dei controlli, fin d'ora è comunque chiaro che non sarà necessario controllare i piani ogni anno.

Art. 197c Rapporto

Per quanto riguarda il rapporto, in linea di principio si rimanda alle precedenti spiegazioni sui piani di liquidazione contenute nell'articolo 98e AP-OS. Sussiste una dipendenza, in quanto tali piani sono temporalmente successivi ai piani di liquidazione.

Art. 197d Sistema d'informazione a livello di gruppo

A livello internazionale, il sistema d'informazione di un gruppo deve essere in grado di fornire informazioni per tre evenienze: preparazione del *Resolution Plan*, esecuzione del *Resolvability Assessment*, attuazione della *Resolution* (cfr. *ComFrame* 12.3.c). È fondamentale che il contenuto materiale delle informazioni soddisfi questi requisiti; gli assicuratori non sono tenuti a introdurre un altro sistema informativo unitario.

Art. 197e Gruppi assicurativi operanti a livello internazionale

Anche il contenuto di questa disposizione si basa sugli standard internazionali e sulle procedure consolidate contenute nel *ComFrame*.

Osservazioni sugli art. 198– 198c

I nuovi articoli 198–198c riguardano il SST di gruppo e corrispondono alle disposizioni attuali, anche se singoli punti contenuti nei numeri marginali 193–19 della circolare FINMA 2017/3 6 sono stati portati a livello di OS.

Art. 198 Determinazione e rapporto

Rispetto all'attuale articolo 198 OS il capoverso 1 resta invariato, a eccezione dell'adeguamento dei riferimenti. I capoversi 2 e 3 riprendono senza modifiche il contenuto degli attuali numeri marginali 195 e 196 della circolare FINMA 2017/3.

Le disposizioni per la singola impresa di assicurazione si applicano per analogia anche ai gruppi assicurativi. In altri termini, una norma è applicata ai gruppi assicurativi ogniqualvolta essa risulti appropriata per la natura della fattispecie, quindi soprattutto per la determinazione della solvibilità e il relativo rapporto nonché per le misure e gli interventi (art. 51-53 AP-OS). Peraltro, non tutte le misure destinate a imprese di assicurazione in quanto enti giuridici (come la revoca dell'autorizzazione) sono possibili, perché la holding di un gruppo assicurativo per sua natura non dispone di un'autorizzazione a esercitare l'attività di assicurazione. Viceversa, le altre misure di protezione previste dall'articolo 51 LSA sono certamente applicabili a livello di gruppo, in particolare per garantire che esso disponga di una sufficiente solvibilità a tale livello. Il riferimento per analogia va inteso anche come fattispecie completa di tutte le varianti

²⁸ Insurance Core Principles and Common Framework for the Supervision of Internationally Active Insurance Groups del novembre 2011, consultabili all'indirizzo www.iaisweb.org.

che altrimenti non sarebbero contemplate. Questo riguarda, per esempio, gli articoli 37 e 38 AP-OS per strumenti di capitale che assorbono il rischio a livello di gruppo. Per analogia, qui si intende che i requisiti a livello di gruppo si applicano anche al SST granulare.

Art. 198a cpv. 1 e 1^{bis}

La disposizione corrisponde a quella attuale, sia pure con piccoli adattamenti linguistici e concettuali. È stato aggiunto il capoverso 1^{bis}, che corrisponde a una parte del numero marginale 193 della circolare FINMA 2017/3.

Art. 198b cpv. 5

L'articolo contiene ora un capoverso 5, tratto dal numero marginale 194 della circolare FINMA 2017/3, nel cui numero marginale 190 è stato introdotto il termine «unità granulare» per designare, a seconda dell'applicabilità, un'unità giuridica o un *cluster*.

Art. 198d Strumenti di capitale assorbenti il rischio

Secondo la prassi corrente, gli strumenti di capitale che assorbono il rischio sono emessi anche da gruppi assicurativi e in tal caso i requisiti di cui al vigente articolo 22a OS sono applicati per analogia. L'articolo 198d AP-OS codifica questa prassi. L'obiettivo è quello di promuovere la chiarezza e la certezza del diritto.

Capoverso 1

La disposizione riguarda la costellazione in cui gli strumenti di capitale assorbenti il rischio sono emessi da una società svizzera soggetta all'obbligo SST e appartenente a un gruppo assicurativo soggetto anch'esso come società (SST singolo) all'obbligo SST.

Alle lettere a–c viene chiarita l'interpretazione dei requisiti per il computo a livello di gruppo:

- lettera a: i requisiti di cui all'articolo 37 AP-OS devono essere soddisfatti dalla società del gruppo emittente;
- lettera b: anche i trigger di cui all'articolo 37 capoverso 1 lettera c AP-OS si riferiscono al quoziente SST del SST di gruppo consolidato e al rischio di insolvenza della più alta società del gruppo. In questo modo si impedisce che da un gruppo defluiscano risorse finanziarie legate a strumenti di capitale assorbenti il rischio, nonostante il gruppo, e come sua rappresentante la più alta società, non soddisfi più il SST consolidato o sussista un rischio di insolvenza;
- lettera c: se gli strumenti di capitale assorbenti il rischio sono garantiti da altre società del gruppo, il rischio di insolvenza (cfr. art. 37 cpv. 1 lett. c AP-OS) si riferisce anche a tali società ed è assicurato che le garanzie degli strumenti di capitale assorbenti il rischio non siano considerate per determinare il sovraindebitamento della società del gruppo che funge da garante. Con questo si intende escludere la possibilità che in caso di garanzia si arrivi a un sovraindebitamento della società garante.

Capoverso 2

Regola la costellazione in cui gli strumenti di capitale assorbenti il rischio sono emessi da una società di un gruppo assicurativo non soggetto all'obbligo SST. Il computo nel SST di gruppo consolidato del gruppo assicurativo è possibile con l'approvazione della FINMA, purché siano soddisfatte le condizioni di cui alle lettere a-d:

- lettera a: precisa che in questo contesto di gruppo, i requisiti di cui all'articolo 37 AP-OS si riferiscono alla società emittente del gruppo. Logicamente, il trigger della revoca dell'autorizzazione si applica se la società emittente del gruppo ha un'autorizzazione ad esercitare l'attività di assicurazione;
- lettera b: anche i trigger di cui all'articolo 37 capoverso 1 lettera c AP-OS si riferiscono al quoziente SST del SST di gruppo consolidato e al rischio di insolvenza della più alta

società del gruppo. In questo modo si impedisce che da un gruppo defluiscano risorse finanziarie legate a strumenti di capitale assorbenti il rischio, nonostante il gruppo, e come sua rappresentante la più alta società, non soddisfi più il SST consolidato o sussista un rischio di insolvenza;

- lettera c: disciplina la fattispecie in cui gli strumenti di capitale assorbenti il rischio non siano garantiti da un'altra società del gruppo. In questo caso si deve allora garantire che gli strumenti di capitale assorbenti il rischio non siano considerati nella determinazione del sovraindebitamento della società emittente del gruppo (lett. c) o impedire contrattualmente un deflusso di risorse finanziarie dal gruppo tramite tacitazione dei creditori di strumenti di capitale assorbenti il rischio;
- lettera d: disciplina infine la fattispecie in cui gli strumenti di capitale assorbenti il rischio sono garantiti da altre società del gruppo. Integrando la costellazione esposta alla lettera c, in questo caso si presuppone anche che le garanzie degli strumenti di capitale assorbenti il rischio non siano considerate nella determinazione del sovraindebitamento della società del gruppo garante.

Art. 216c Disposizioni transitorie della modifica del [...]

Capoverso 1

Il nuovo diritto afferma il sistema di strumenti di capitale assorbenti il rischio in Tier 1 e Tier 2. In merito al computo, il regime transitorio applica una ponderazione di interessi per quanto concerne il mantenimento degli strumenti di assorbimento del rischio approvati con il diritto anteriore e l'introduzione della nuova e migliorata legislazione in materia. Si tiene conto del fatto che gli strumenti attuali non possono essere eliminati immediatamente senza una perdita di fiducia, ovvero che rifinanziamenti di questa portata possono essere realizzati a breve termine solo con svantaggi probabilmente significativi per le imprese di assicurazione.

Il nuovo diritto è applicato solo a strumenti di nuova emissione. Con il rimborso di uno strumento esistente viene meno anche una legittima fiducia in tale quota del portafoglio. Il mantenimento degli strumenti esistenti viene peraltro limitato anche in termini assoluti mediante un periodo transitorio fisso di 10 anni dall'entrata in vigore della nuova OS. Altrimenti il nuovo diritto non potrebbe essere introdotto entro un termine ragionevole. In casi motivati la FINMA può prorogare questo termine. In questo modo è possibile evitare casi di rigore.

Capoverso 2

In regime transitorio, la disposizione tratta gli strumenti di capitale assorbenti il rischio in caso di risanamento con conversione e riduzione dei crediti di cui all'articolo 52d capoverso 4 LSA come nel capoverso 1, uniformando così la normativa per il passaggio ai nuovi strumenti.

Capoverso 3

La disposizione si basa sulla guida pratica per l'elaborazione del rapporto SST 2022 nell'edizione del 28 ottobre 2021 e prevede che la prassi sia applicabile sino alla fine del 2025.

Capoverso 4

Un periodo transitorio di tre anni deve consentire a tutte le imprese di assicurazione una transizione armoniosa verso il nuovo diritto sul patrimonio vincolato, a prescindere dal fatto che abbiano già presentato una richiesta conformemente all'articolo 79 capoverso 1 AP-OS. Tuttavia, una volta entrato in vigore il nuovo diritto, sarà possibile aggiungere nuovi valori al patrimonio vincolato solo a determinate condizioni.

Capoverso 5

Alla FINMA viene conferita la facoltà di accordare termini transitori più estesi a favore (ma non a carico) delle imprese di assicurazione. Questa disposizione serve soprattutto a evitare che le imprese di assicurazione che, giustamente fiduciose nella regolamentazione vigente, hanno

investito in valori patrimoniali, siano costrette a «vendite forzose» economicamente svantaggiose e inammissibili. Si pensi in particolare a ipoteche presso imprese di assicurazione senza che esista per esse un elenco di valori adeguati applicabili. Con un'apposita autorizzazione della FINMA, queste imprese di assicurazione non avrebbero bisogno di disdire o cedere le ipoteche anche dopo la scadenza del periodo transitorio ordinario.

Capoverso 6

Affinché anche per gli intermediari assicurativi non vincolati già iscritti nel registro di cui all'articolo 42 LSA l'autorità di vigilanza possa disporre delle indicazioni e dei documenti necessari, essi devono fornire una documentazione addizionale. A tal fine è concesso un adeguato periodo transitorio di sei mesi.

Per le nuove registrazioni dopo l'entrata in vigore della presente ordinanza, il requisito deve essere soddisfatto nel corso del processo di registrazione.

Capoverso 7

Già oggi gli intermediari assicurativi non vincolati attestano la loro qualifica professionale con il superamento di un esame o presentando un certificato di pari valore (art. 184 OS). Ai sensi di una garanzia dei diritti acquisiti, si ritiene corretto e appropriato riconoscere esami di questo tipo superati da intermediari assicurativi non vincolati già iscritti nel registro secondo l'articolo 42 LSA al momento dell'entrata in vigore della modifica della presente ordinanza. Gli attestati di formazione restano riservati e non sono inclusi in questa garanzia dei diritti acquisiti.

(Allegati)

Allegato 2 (Categorizzazione delle imprese di assicurazione)

Si rimanda ai precedenti commenti all'articolo 1a capoverso 2.

Allegato 3 (Expected shortfall)

L'*expected shortfall* (precedente allegato 2) è spostata nell'allegato 3. Si rimanda inoltre ai precedenti commenti all'articolo 36.

Allegato 4 (Informazioni e documenti da fornire per la domanda di registrazione)

Si rimanda ai precedenti commenti all'articolo 184.

Allegato 5 (Foglio informativo di base nell'assicurazione sulla vita qualificata: ampiezza, lingua e presentazione grafica)

Numero 1 Prescrizioni formali

Tutte le direttive elencate qui di seguito servono a soddisfare il requisito di comparabilità tra le assicurazioni sulla vita qualificate di cui all'articolo 39c capoverso 1 LSA. Il foglio informativo di base deve essere breve, conciso e facilmente comprensibile.

Numero 2 Modello

Gli emittenti di assicurazioni sulla vita qualificate devono rispettare l'ordine di successione e i titoli delle sezioni prescritti nel modello. Per l'ordine di successione delle indicazioni all'interno delle singole sezioni, la lunghezza delle stesse e la disposizione delle interruzioni di pagina non sono previste prescrizioni.

Numero 3 Indicazioni sul genere di prodotto

Questo numero prescrive quali informazioni deve contenere la sezione «Che genere di prodotto è?» del foglio informativo di base. Diversamente dall'allegato 9 OSerFi, nel ramo assicurativo si può fare a meno di descrivere la forma giuridica dell'assicurazione sulla vita qualificata, poiché si tratta sempre di un contratto di assicurazione secondo la LCA e come tale interamente soggetto al diritto svizzero, inclusi gli strumenti finanziari che possono essere oggetto delle opzioni di investimento dell'assicurazione sulla vita qualificata.

Secondo il numero 3.2 devono essere fornite le informazioni essenziali sulle prestazioni offerte dall'assicurazione sulla vita qualificata, compresi gli eventi che ne determinano l'erogazione. Se le prestazioni di rischio assicurate e i premi di rischio dipendono dalla performance effettiva dell'investimento, lo stipulante deve essere chiaramente messo al corrente dei possibili effetti negativi di tale dipendenza (lett. a).

Secondo il numero 3.3, si devono descrivere il genere e le caratteristiche degli strumenti finanziari sottostanti al processo di risparmio. Ampiezza e contenuto di questa descrizione si basano in linea di principio sulle disposizioni pertinenti per strumenti finanziari secondo la LSerFi (cfr. allegato 9 n. 3.2.1 OSerFi). Tuttavia, è necessario tenere in debito conto le particolarità degli affari con assicurazioni sulla vita qualificate. Secondo la lettera c, si devono soprattutto fornire dichiarazioni concernenti le garanzie o le cauzioni nel processo di risparmio e informazioni sui garanti e i fornitori di protezione del capitale. È possibile rimandare al foglio informativo di base eventualmente disponibile per uno strumento finanziario di cui all'articolo 3 lettera a LSerFi.

Secondo il numero 3.4, i dati relativi a destinatari e mercato a cui il prodotto è destinato sono facoltativi, analogamente al foglio informativo di base sugli strumenti finanziari secondo la LSerFi.

Numero 4 Indicazioni sul profilo di rischio del processo di risparmio

Questo numero stabilisce quali informazioni deve contenere la sezione «Quali sono i rischi e cosa potrei ottenere in cambio?» del foglio informativo di base.

Va sottolineato che, analogamente alle indicazioni sul profilo di rischio del prodotto contenute nel foglio informativo di base per strumenti finanziari secondo la LSerFi (cfr. allegato 9 n. 4 OSerFi), ma in deroga alla normativa europea vigente, si è rinunciato all'obbligo di specificare un indicatore di rischio. La rinuncia a tale obbligo è appropriata, perché nel caso di assicurazioni sulla vita qualificate, il calcolo dell'indicatore di rischio può portare a risultati distorti e indurre in errore gli stipulanti. In particolar modo, data la struttura modulare dell'assicurazione sulla vita qualificata e la possibilità di scegliere liberamente la strategia di investimento, ossia la gamma di strumenti finanziari sottostanti al processo di risparmio, l'indicatore di rischio non può essere specificato esattamente, ma fornito solo come intervallo di valori.

Neppure la presentazione di uno scenario di stress, oggetto di discussione anche nell'UE, è richiesta.

Date le caratteristiche peculiari dell'assicurazione sulla vita qualificata, a differenza degli strumenti finanziari secondo la LSerFi, nel numero 4.3 si rinuncia all'esposizione di scenari di performance. È sufficiente spiegare in modo facilmente comprensibile qual è la perdita massima che lo stipulante può subire investendo in un'assicurazione sulla vita qualificata ed eventualmente il rendimento massimo che può ottenere. Gli scenari di performance devono essere forniti con la proposta di prodotto concreta in base all'articolo 129b AP-OS (informazioni specifiche sul prodotto di assicurazione sulla vita qualificata). Gli stipulanti devono essere informati di conseguenza.

Numero 5 Costi complessivi

Questo numero specifica le indicazioni da fornire nella sezione «Quali sono i costi?».

In base all'articolo 129j AP-OS devono essere fornite in particolare indicazioni sui costi unici e sui costi ricorrenti, incluse le spese che insorgono all'atto dell'acquisizione o del riscatto dell'assicurazione sulla vita qualificata. Per motivi di proporzionalità, i singoli tipi di costi e il loro calcolo non sono elencati in modo esaustivo.

Numero 5.1

I costi complessivi corrispondono a tutti i costi elencati all'articolo 129j capoverso 1 AP-OS.

L'esposizione avviene sotto forma di riduzione del rendimento (*Reduction in Yield, RIY*) per tutti i costi, tranne i costi di rischio.

I costi di rischio coprono il rischio biometrico. Devono essere esposti in modo specifico per l'ambito assicurativo in termini nominali, come per un premio assicurativo.

Questa trasparenza è necessaria affinché l'assicurato possa capire le componenti del prodotto desiderato e valutare se nel suo caso abbia senso combinare una protezione del rischio con il risparmio oppure sia più vantaggioso separare le due componenti.

La riduzione del rendimento si riferisce alle spese del fondo e ad altri costi. Le spese del fondo e gli altri costi includono l'insieme di tasse ed emolumenti dal punto di vista dell'assicurato.

Il rendimento lordo di cui all'articolo 129b capoverso 3 lettera a AP-OS è il rendimento degli elementi patrimoniali sottostanti al processo di risparmio prima di qualsiasi deduzione (ad es. commissioni del fondo) che si presuppone nel calcolo del pagamento alla scadenza. A tal fine, si può scegliere un investimento di capitale che sia rappresentativo dell'assicurazione sulla vita qualificata a cui si riferisce il foglio informativo di base. I costi di rischio sono la somma dei premi di rischio.

Per il calcolo della riduzione del rendimento all'anno (*RIY*), si deve partire dal rendimento lordo. Se questo non può essere determinato con precisione in anticipo o solo con un dispendio sproporzionato, al posto del rendimento lordo si dovrà presupporre un valore del tre per cento.

Per quanto riguarda i costi del rischio, se non possono essere determinati con precisione in anticipo o solo con un dispendio sproporzionato, analogamente al rendimento lordo si possono presupporre un valore per approssimazione o valori di massima.

Numero 5.2

Nella tabella sono specificati innanzitutto i costi di ingresso, di uscita e di transazione sul portafoglio. In questi ultimi rientrano soprattutto le spese del fondo. Ciascuno di questi tre tipi di costi è presentato come una riduzione del rendimento. La riduzione del rendimento per gli altri costi ricorrenti risulta dalla riduzione del rendimento secondo il numero 5.1.1 lettera b meno le riduzioni di rendimento per costi di ingresso, costi di uscita e costi di transazione sul portafoglio.

La riduzione del rendimento complessiva è la riduzione del rendimento secondo il numero 5.1.1 lettera b.

Come costi di rischio sono esposti i costi di rischio secondo il numero 5.1.1 lettera d.

Numero 6 Indicazioni sullo scioglimento anticipato del contratto di assicurazione

Questo numero specifica quali indicazioni devono essere fornite nella sezione «Posso sciogliere anticipatamente il contratto di assicurazione e ritirare il capitale anticipatamente?» Nel merito si constata che nel quadro della revisione della LSA, che è alla base della modifica della presente ordinanza, il legislatore si è astenuto dall'esigere che nel foglio informativo di base per le assicurazioni sulla vita qualificate sia specificato una «durata di detenzione minima», contrariamente al contenuto minimo del foglio informativo di base per gli strumenti finanziari secondo la LSerFi.

2.2 Ordinanza sull'assicurazione dei veicoli

Ingresso e art. 52, 53 e 54

I riferimenti nell'ordinanza sono adattati all'articolo 76 LCStr modificato.

Titolo prima dell'art. 54a^{bis}

IV. Risanamento e fallimento dell'assicuratore

Invece del termine «insolvenza» il titolo prima dell'articolo utilizza ora «risanamento e fallimento». La modifica viene adottata in tutta l'ordinanza.

Art. 54a^{bis} Risanamento

Se nei confronti di un istituto di assicurazione abilitato in Svizzera all'esercizio dell'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore ai sensi dell'articolo 52a LSA viene avviata una procedura di risanamento e l'autorità competente dispone una riduzione dei versamenti per sinistri, ai sensi del nuovo articolo 76 capoverso 4 lettera b LCStr, il Fondo nazionale di garanzia (FNG) si fa carico dell'importo corrispondente a tale riduzione.

Occorre inoltre menzionare che con «riduzione dei versamenti per sinistri» non si intende solo la riduzione dei crediti, ma tutte le misure nell'ambito di una procedura di risanamento che portano a una riduzione delle pretese finanziarie derivanti dall'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore (ad es. cambiamenti o intervento nei rapporti contrattuali). Dal contesto legislativo risulta chiaramente come la fattispecie non possa che riguardare il pagamento di sinistri relativi all'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore.

Con l'articolo 54a^{bis} AP-OAV nel nuovo titolo, il Consiglio federale esercita la propria competenza normativa in materia di copertura del risanamento che il FNG deve accordare (art. 76 cpv. 5 lett. b LCStr). Le prescrizioni in materia di fallimento dell'assicurazione (art. 76 cpv. 4 lett. a LCStr), riviste di conseguenza, restano nell'articolo 54b OAV.

Capoverso 1

Data la reciproca necessità di collaborazione, la FINMA dovrebbe in ogni caso comunicare al FNG la decisione di omologazione del piano di risanamento, per motivi di chiarezza tale obbligo è comunque fissato in questo capoverso.

Capoverso 2

In base all'articolo 54h LSA, in quanto creditore il FNG può esercitare il diritto alla consultazione degli atti; tale diritto è ancora una volta espressamente sancito nell'ordinanza e quindi limitato nella fattispecie al portafoglio dell'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore.

Capoverso 3

Nel quadro di un risanamento, un trasferimento del portafoglio è uno scenario verosimile. In un caso di questo genere, normalmente non è l'impresa di assicurazione oggetto del risanamento a liquidare i sinistri, ma l'impresa che ne rileva il portafoglio. Di conseguenza, in caso di trasferimento degli obblighi dell'impresa di assicurazione da risanare ad un'altra impresa di assicurazione, gli obblighi di cui al presente capoverso passano all'impresa di assicurazione subentrante.

Capoverso 4

All'avvio di una procedura di risanamento, l'impresa di assicurazione da risanare si trova in una situazione finanziaria critica. In tale fase, l'assicuratore non può farsi carico di ulteriori oneri finanziari, ad esempio pagamenti anticipati per gli impegni nei confronti del FNG, che aggraverebbero o favorirebbero la carenza di liquidità. È pertanto necessario un prefinanziamento da parte del FNG, sancito nella fattispecie. In seguito si effettua un conteggio trimestrale. Per evitare spese amministrative e continui pagamenti e rimborsi, un eventuale importo residuo deve essere regolarmente computato con futuri pagamenti. Un rimborso effettivo da parte dell'impresa di assicurazione da risanare risulta appropriato solo una volta liquidati i casi di sinistro noti.

Capoverso 5

La disposizione trasferisce al risanamento quanto attualmente prescritto in materia di fallimento dall'articolo 54b capoverso 3 OAV.

Art. 54b Fallimento dell'assicurazione

Se nei confronti di un istituto di assicurazione autorizzato ad esercitare in Svizzera l'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore viene aperta una procedura di fallimento, secondo il nuovo articolo 76 capoverso 4 lettera a LCStr il Fondo nazionale di garanzia conduce la procedura per la liquidazione privilegiata delle pretese esigibili e copre la parte di pretese per le quali l'amministrazione del fallimento ha rilasciato un attestato di carenza dei beni. Dal contesto legislativo risulta chiaramente che nella fattispecie può trattarsi solo di pretese relative all'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore.

Nel merito si deve anche precisare che l'assunzione della perdita fallimentare da parte del FNG (nella liquidazione normale o privilegiata) non ha alcuna influenza sul trattamento delle persone lese nella procedura fallimentare. In particolare, il principio della parità di trattamento dei creditori vieta che una persona lesa riceva dalla massa fallimentare una somma inferiore a quella di altre persone lese della stessa classe fallimentare o con il medesimo privilegio dal patrimonio vincolato.

Capoverso 1

Il FNG eroga le proprie prestazioni solo dietro presentazione dell'attestato di carenza dei beni, che più tardi potrà permettergli di far eventualmente valere una richiesta di rimborso nei confronti dell'assicuratore fallito.

Capoverso 2

La disposizione accoglie il principio generale per cui, all'atto del versamento da parte del FNG, i diritti della parte lesa sono trasferiti al FNG.

È possibile anche una liquidazione anticipata con il FNG, se la persona danneggiata non riceve nulla dalla massa concorsuale. È importante che la pretesa della persona danneggiata sia valutata dal curatore fallimentare e da lei accettata come tale (e pertanto dichiarata vincolante tra queste due parti). Irrilevante è l'ammontare del successivo versamento dalla massa fallimentare, che può anche essere pari a zero.

Capoverso 3

La disposizione riprende il contenuto dell'attuale articolo 54b capoverso 3, secondo il quale l'Ufficio nazionale di assicurazione, analogamente al caso di risanamento, prima di far valere il proprio credito nei confronti del FNG deve fare capo all'assicuratore fallito.

Art. 54b^{bis} Disposizioni comuni

Capoverso 1

La disposizione attua l'articolo 76 capoverso 5 lettera b LCStr, secondo il quale il Consiglio federale fissa l'importo massimo della copertura di risanamento e fallimento che deve essere fornita dal FNG.

Il limite massimo di copertura richiesto per legge è necessario in quanto un sistema di sicurezza per assicurazioni non può offrire una protezione completa in termini finanziari. Non deve essere compito del FNG far fronte integralmente al crollo di diverse (grandi) imprese di assicurazione mediante riserve sproporzionatamente elevate, che secondo l'articolo 76a LCStr dovrebbero essere finanziate dai detentori di veicoli a motore. Questo corrisponde in larga misura anche all'idea originaria secondo la quale il nuovo limite fissato per la copertura di fallimento debba andare di pari passo con l'introduzione di un diritto di risanamento per le imprese di assicurazione. La LSA permette ora di attuare un risanamento e quindi diventa possibile una copertura limitata di inadempienze da parte del FNG.

Per quanto riguarda l'ammontare della copertura, dato l'attuale ammontare dell'accantonamento degli assicuratori e ipotizzando che in caso di fallimento il 30 per cento delle perdite dovrebbe essere coperto dal FNG, si ritiene adeguato un importo di 700 milioni di franchi, che coprirebbe circa il 150 per cento di un'inadempienza di Axa quale maggiore partecipante al mercato. Questo importo offre un livello relativamente alto di protezione per le parti lese e inoltre tiene conto del solido finanziamento attuale e del rischio di insolvenza delle grandi imprese, che può essere considerato piuttosto contenuto. Inoltre, in caso di insolvenza di un piccolo assicuratore, sarebbe il mercato a dettare le regole e il portafoglio troverebbe un acquirente in tempi relativamente brevi, rendendo così superfluo un intervento da parte del FNG.

Secondo uno scenario attuale, con l'odierno importo annuale di 3.80 franchi per veicolo a motore, il primo accumulo del fondo fino a concorrenza del limite di responsabilità potrebbe essere raggiunto in circa 18 anni.

Capoverso 2

La disposizione fissa i parametri per il limite massimo di responsabilità di cui al capoverso 1. Determinante ai fini del computo di tutti i pagamenti relativi a una procedura di fallimento e di risanamento con il limite massimo di responsabilità non è il momento in cui i pagamenti sono stati effettuati, bensì l'avvio della procedura. Il termine dei 5 anni non significa che il FNG debba effettuare i pagamenti unicamente nel corso dei primi cinque anni di una procedura di fallimento e risanamento. Per il computo con il limite massimo di responsabilità si devono considerare anche i pagamenti da effettuare negli anni successivi alla scadenza dei primi 5 anni. Il termine è decisivo solo per bloccare il limite massimo di responsabilità, non per l'importo da computare. Al più tardi dopo 5 anni dall'avvio della procedura, il limite massimo di responsabilità di cui al capoverso 1 è di nuovo interamente disponibile per nuove procedure di fallimento e di risanamento avviate, con riserva di pagamenti relativi ad altre procedure di fallimento e risanamento la cui apertura risale a meno di 5 anni fa. Per la ricostituzione del FNG è quindi disponibile un periodo massimo di 5 anni.

Capoverso 3

La disposizione regola il rapporto tra più casi d'insolvenza aperti in un periodo continuo di 5 anni secondo il capoverso 2. Determinante per l'ordine di utilizzo, e quindi in ultima analisi per il calcolo dei fondi rimanenti, ancora disponibili fino a concorrenza del limite massimo di responsabilità, è anche in questo caso unicamente il momento in cui è stata avviata la procedura (*first come, first serve*). Per l'ammontare del computo al limite massimo di responsabilità si devono considerare anche i pagamenti da effettuare solo dopo la scadenza dei primi 5 anni. Non è quindi rilevante che ci siano effettivamente stati dei pagamenti nei primi cinque anni dopo l'avvio della procedura né quando ciò sia avvenuto.

Capoverso 4

Questa disposizione disciplina il rapporto delle pretese nell'ambito di un caso d'insolvenza qualora le prestazioni necessarie a tale procedura eccedessero i fondi del FNG (ancora) disponibili fino a concorrenza del limite massimo di responsabilità. Si applica il principio della parità di trattamento delle pretese di pari grado.

Capoversi 5 e 6

Spetta alla FINMA approvare o emanare l'applicazione di eventuali riduzioni secondo i capoversi precedenti. Le persone interessate possono impugnare la decisione della FINMA con i mezzi di ricorso ordinari del diritto amministrativo.

Capoverso 7

Per ragioni di chiarezza, si sancisce che il FNG continua ad essere alimentato dai contributi obbligatori dei detentori di veicoli a motore secondo l'articolo 76a LCStr e l'articolo 58 OAV.

Capoverso 8

La disposizione assegna al FNG il compito di investire i mezzi accumulati in modo da garantire sicurezza e sufficiente liquidità, così da poter adempiere i propri compiti anche in caso di risanamento improvviso o fallimento inatteso di una delle imprese di assicurazione affiliate.

2.3 Ordinanza sugli emolumenti e sulle tasse della FINMA

Art. 24 cpv. 1

Nel settore delle imprese di assicurazione, la tassa di vigilanza è composta da una tassa fissa di base e una tassa variabile complementare (art. 15 cpv. 3 LFINMA in combinato disposto con l'art. 12 cpv. 1 e 24 segg. ordinanza del 15 ottobre 2008²⁹ sugli emolumenti e sulle tasse della FINMA [Oem-FINMA]). La suddivisione della tassa di vigilanza in una tassa fissa di base e una tassa variabile complementare tiene conto del fatto che ogni assoggettato genera un certo onere di base. Tale onere deve essere coperto, almeno in parte, dalla tassa di base.

L'ultimo adeguamento della tassa di base per imprese di assicurazione e casse malati è avvenuto nel 1999 e nel 2008 per gruppi e conglomerati assicurativi. Da allora, l'attività di vigilanza si è intensificata ed è per questo che le tasse di base oggi coprono solo una piccola parte degli oneri di base, anche nel caso di assoggettati assai piccoli. Per questo motivo la tassa di base per imprese di assicurazione, casse malati assoggettate alla FINMA ai sensi della LSA e gruppi e conglomerati assicurativi deve essere aumentata.

Il previsto aumento della tassa di base è modesto e contribuisce a garantire che essa torni a coprire una quota maggiore degli oneri di base causati da ciascun assoggettato. Aumentando la tassa di base, i costi totali del settore assicurativo sono ripartiti tra gli assoggettati in modo più conforme al principio di causalità. I costi totali rimangono inalterati, ma la tassa di base ne copre una quota maggiore, che quindi non deve essere sostenuta con le tasse complementari.

Art. 25 cpv. 1 e 4

Capoverso 1

L'importo che deve essere finanziato con la tassa complementare è coperto in ragione di quattro quinti dalle imprese di assicurazione e dalle casse malati sottoposte alla vigilanza della FINMA conformemente alla LSA, e in ragione di un quinto dai gruppi e dai conglomerati assicurativi (art. 25 cpv. 1 Oem-FINMA).

Nel corso della riscossione di tasse della Divisione Assicurazioni, è emersa la necessità di rivedere lo schema di ripartizione. Da alcuni anni, la vigilanza di gruppi avviene sempre più tramite vigilanza delle singole imprese di assicurazione e solo sporadicamente è estesa a considerare aspetti della vigilanza di gruppi. L'onere di vigilanza si è quindi spostato sulle imprese di assicurazione. Pertanto, la tassa supplementare deve ora essere coperta in ragione di nove decimi dalle imprese di assicurazione e dalle casse malati sottoposte alla vigilanza della FINMA secondo la LSA.

Capoverso 4

La tassa complementare dovuta da un gruppo o da un conglomerato assicurativo è calcolata in funzione della sua quota di partecipazione al totale lordo dei premi, contabilizzati nel mondo intero, incassati da tutti i gruppi e conglomerati assicurativi sottoposti alla sorveglianza svizzera sulle assicurazioni. In seguito a una modifica dei principi contabili, in futuro il valore di riferimento per il calcolo della tassa complementare per gruppi assicurativi (totale lordo dei premi) non sarà più indicato. Pertanto, nell'articolo 15 capoverso 2 lettera c LFINMA, a seguito della modifica della LSA, il numero di unità con personalità giuridica propria di un gruppo o di un conglomerato assicurativo è stato definito come nuovo criterio di calcolo. Nella fattispecie, ciò deve essere attuato. La tassa complementare è calcolata in base al numero di unità di un gruppo o un conglomerato assicurativo sul numero totale di unità con personalità giuridica

²⁹ RS 956.122

propria. Determinante è il numero di unità con personalità giuridica propria che le società di audit hanno notificato nell'ambito del rapporto consolidato nell'anno che precede l'anno di assoggettamento.

Art. 27 cpv. 2

La FINMA riscuote una tassa di vigilanza dagli intermediari assicurativi non vincolati (art. 15 cpv. 2 lett. c LFINMA). La tassa è versata per ogni iscrizione nel registro (art. 27 cpv. 1 Oem-FINMA). Secondo la normativa vigente, a tal fine sono determinanti le iscrizioni nel registro al 31 dicembre dell'anno che precede l'anno di assoggettamento. Questa normativa risulta di difficile attuazione a causa della conversione tecnica necessaria all'inizio di ogni anno, che deve tener conto del numero di iscrizioni nel registro. Pertanto, per fissare la tassa di vigilanza ora saranno determinanti le iscrizioni nel registro al 30 settembre dell'anno che precede l'anno di assoggettamento.

3 Ripercussioni

3.1 Introduzione

3.1.1 Necessità di agire e obiettivi

Questo progetto attua le disposizioni di legge secondo la LSA. Un altro obiettivo della revisione dell'OS è quello di fissare le norme vigenti nel settore assicurativo a un livello più appropriato e basato sui principi. Ad un livello normativo inferiore, questo è logicamente collegato a una riduzione delle prescrizioni.

3.1.2 Alternative esaminate e soluzione scelta

La proposta che la FINMA possa fissare limiti per singole categorie d'investimento del patrimonio vincolato corrisponde al diritto vigente. Per quanto riguarda la computabilità di immobili e ipoteche nel patrimonio vincolato, già oggi vigono limiti del 25 per cento ciascuno e un limite combinato per rischi immobiliari e ipotecari pari in totale a un massimo del 35 per cento. Durante i lavori all'avamprogetto dell'OS è stata anche esaminata la possibilità di aumentare il limite combinato, ovvero di portarlo fino al 50 per cento e di includervi anche gli investimenti alternativi. In considerazione di crescenti rischi sul mercato immobiliare, un adeguamento che andrebbe ad aumentare la pressione sui prezzi nel mercato immobiliare è stato giudicato inopportuno sotto il profilo prudenziale. Inoltre, l'ulteriore domanda di immobili potrebbe premere ulteriormente sui prezzi immobiliari.

Per quanto riguarda la valutazione dei contratti di assicurazione, il presente avamprogetto prevede che le succursali estere delle imprese di assicurazione svizzere debbano utilizzare le curve di rendimento prescritte dalla FINMA invece di quelle delle autorità di vigilanza estere (vedi più avanti) per la valutazione dei loro impegni in valuta estera. Nella fase di preparazione del presente avamprogetto si è vagliato se a) sia le succursali che le filiali estere di imprese di assicurazione svizzere debbano utilizzare la curva di rendimento della FINMA e b) la scelta della curva di rendimento da utilizzare debba sussistere anche per gli impegni delle succursali. Depone a favore di a) il principio che non si debbano creare svantaggi competitivi per assicuratori svizzeri senza filiali estere e la necessità di impedire un allentamento del livello di protezione per la clientela di assicuratori svizzeri con filiali o succursali estere. Depone invece a favore di b) il fatto che, fissare nell'OS la regolamentazione transitoria ancora vigente, rafforzerebbe al massimo la competitività internazionale delle imprese di assicurazione svizzere e non si verificherebbero adeguamenti organizzativi con conseguenti ripercussioni sui costi. La soluzione proposta rappresenta un compromesso. Per quanto possibile, si dovrebbe evitare di ricorrere a curve di rendimento troppo alte rispetto ai tassi d'interesse di mercato, poiché in questo modo il valore degli impegni assunti da un'impresa di assicurazione appare più basso e quindi la sua solvibilità risulta più elevata rispetto a una valutazione basata sui reali dati di

mercato. Allo stesso tempo, è importante anche giungere a una parità di condizioni per società madri di filiali estere che all'estero competono con operatori locali.

Nella fase di preparazione del presente avmprogetto, l'ammontare della copertura del FNG sancita dalla LCStr per i danni causati da veicoli a motore non identificati o non assicurati, è stato oggetto di discussione. Si è preso in esame anche un limite di 500 milioni di franchi, che si tradurrebbe in minori costi supplementari per gli assicurati soggetti all'obbligo contributivo. Data la protezione più ampia contro l'insolvenza di un grande assicuratore, ora si propone la somma di 700 milioni di franchi.

Il Consiglio federale rinuncia a far valere la propria competenza secondo l'articolo 4 capoverso 5 lettera a LSA e non sottopone le succursali di riassicuratori esteri alla vigilanza della FINMA. Un assoggettamento è stato considerato incongruo, ritenendo che non costituiscono un pericolo per la clientela privata nazionale o per la stabilità del mercato assicurativo svizzero. I riassicuratori stranieri restano assoggettati alla sorveglianza delle autorità di vigilanza estere.

3.2 Costi e benefici delle misure principali

3.2.1 Misure di solvibilità

Conseguentemente al rafforzato ancoraggio del Test svizzero di solvibilità SST nella LSA, anche i suoi requisiti saranno oggetto di precisazione a un livello normativo inferiore. I principi di base del SST devono essere regolati più appropriatamente secondo la gerarchia normativa e portati a livello di ordinanza del Consiglio federale. Le prescrizioni d'ordine quantitativo corrispondono in gran parte alla prassi attuale e quindi solo in alcuni casi, esposti qui appresso, esse comportano costi supplementari per le imprese di assicurazione interessate.

Gli strumenti di capitale disponibili vengono ampliati e questo allarga anche il ventaglio di opzioni di rifinanziamento per le imprese di assicurazione. Questi strumenti Tier 1 di elevata qualità offrono alle imprese di assicurazione una maggiore protezione dall'insolvenza rispetto agli strumenti di differimento del debito (Tier 2) e vengono convertiti in capitale proprio o scadono completamente qualora il valore scenda sotto una soglia (trigger). Una certa quota di strumenti Tier 1 può ora essere computata come parte del capitale di base. L'impiego di strumenti Tier 1 rappresenta un'opzione aggiuntiva e facoltativa a disposizione delle imprese di assicurazione e quindi non costituisce un cambiamento dei costi. L'emissione di strumenti Tier 1 comporta costi aggiuntivi rispetto agli strumenti Tier 2, dovrebbe però portare a un alleggerimento di altri costi economici del capitale.

Le curve di rendimento prive di rischio da utilizzare per la valutazione degli impegni a lungo termine verso gli assicurati sono stabilite dalla FINMA in conformità alla prassi già in vigore e ampiamente accettata. Nel merito, sono da evitare scostamenti inspiegabili da dati del mercato affidabili e privi di rischio. Il ricorso a curve di rendimento troppo elevate rispetto ai dati del mercato (ad es. di titoli di stato a lungo termine), porterebbe a impegni bassi e una esposizione troppo alta della solvibilità rispetto alla realtà. Nel determinare le curve di rendimento senza rischio di cui all'articolo 4 LFINMA, la FINMA tiene conto non solo della protezione degli assicurati, ma anche della reputazione, della competitività e della sostenibilità della piazza finanziaria svizzera. Per la valutazione dei loro impegni, le filiali all'estero (ma non le semplici succursali, cfr. sotto) possono utilizzare le curve di rendimento senza rischio prescritte dalle rispettive autorità estere.

Come avvenuto finora, anche in futuro si dovranno utilizzare scenari per valutare la situazione di rischio, in particolare le concentrazioni di rischio. La prassi affermatasi negli ultimi anni, che prescinde ormai da un generale obbligo di aggregazione, deve essere ancorata nell'OS. L'aggregazione di scenari resta necessaria solo in casi specifici, cioè nel caso di rischi che non sono altrimenti adeguatamente coperti dal modello utilizzato, per esempio in presenza di concentrazioni di rischio significative.

Se la solvibilità di un'impresa di assicurazione, misurata rispetto al quoziente SST, scende al di sotto di determinati valori di soglia, gli strumenti di vigilanza da applicare nel concetto di

soglie d'intervento sono ora stabiliti nell'OS. Rispetto alla prassi attuale della FINMA, questo sistema è stato semplificato, riducendo le zone da quattro a tre, contraddistinte dai colori verde, giallo e rosso. Finché un'impresa di assicurazione si trova nella zona verde (il quoziente SST è superiore al 100 %), non avviene alcun intervento diretto in materia di vigilanza legato a ragioni di solvibilità. Nella zona gialla (quoziente SST tra il 33 % e il 100 %), la solvibilità di un'impresa di assicurazione è sempre più a rischio. In particolare, le distribuzioni agli azionisti potrebbero aggravare ulteriormente la situazione, rendendo necessaria in questi casi un'approvazione esplicita della FINMA. Nella zona rossa (quoziente SST inferiore al 33 %), in mancanza di misure immediate efficaci, non si arriva più automaticamente alla revoca dell'autorizzazione e alla liquidazione, come avveniva finora, bensì alla cessazione di nuovi affari e al risanamento. Eliminando la precedente soglia di intervento dell'80 per cento si ottiene più flessibilità e questo permette di tenere conto della specifica situazione in un'impresa di assicurazione in difficoltà. Di conseguenza si possono adottare misure adeguate al singolo caso specifico, per poter soddisfare nuovamente nel modo più efficace possibile i requisiti di solvibilità.

3.2.2 Incentivo all'innovazione

Le prescrizioni della legislazione sui mercati finanziari e la vigilanza devono essere proporzionate e tenere conto delle differenze dei singoli istituti per quanto concerne dimensioni, modelli aziendali e rischi. La regolamentazione delle assicurazioni non deve pertanto esercitare un effetto d'inibizione dell'innovazione né causare costi sproporzionatamente elevati (specialmente per le piccole imprese di assicurazione). Proprio per facilitare il loro ingresso sul mercato, le imprese di assicurazione innovative possono, a certe condizioni, essere esonerate dalla vigilanza. In futuro, analogamente al settore bancario, le piccole imprese di assicurazione già esistenti potranno, a certe condizioni, ricevere agevolazioni e beneficiare così di uno sgravio amministrativo. Alla fine del 2020 questi requisiti erano soddisfatti da 15 su 60 assicurazioni dirette teoricamente possibili. Inoltre, i riassicuratori e le captive di riassicurazione delle categorie 4 e 5 possono beneficiare delle stesse agevolazioni, purché rispettino le disposizioni in materia di diritto prudenziale.

3.2.3 Rafforzamento dell'autoresponsabilità nel patrimonio vincolato

Per quanto concerne il patrimonio vincolato, la revisione dell'OS fissa più saldamente il principio della persona prudente nell'ordinanza, rafforzando così l'autoresponsabilità dell'impresa di assicurazione. Nei principi d'investimento sono fissati gli obblighi a cui l'impresa di assicurazione deve ottemperare nella costituzione del patrimonio vincolato. Gli attivi destinati a coprire le pretese derivanti da contratti assicurativi devono essere investiti in modo altamente diversificato ed essere disponibili in caso di stress; inoltre non si devono assumere eccessivi rischi di controparte. Per quanto concerne il computo nel patrimonio vincolato, non tutti gli strumenti finanziari sono considerati ugualmente adatti per tutte le imprese di assicurazione. Pertanto, esse possono scegliere di stilare e far approvare dalla FINMA un proprio elenco di valori pertinenti oppure attenersi a un elenco di valori adatti più corta di quella attuale. Rispetto alla prassi odierna, l'elenco individuale amplia lo spettro d'investimento nel patrimonio vincolato. Attenendosi all'elenco standard più breve, le imprese di assicurazione riducono sia l'onere di reporting sia l'onere di verifica da parte delle società di audit e/o della FINMA. Quando investono in nuovi tipi di fondi riservati a investitori qualificati (ad es. L-QIF), le imprese di assicurazione che adottano l'elenco standard più breve devono aver cura che i fondi attuino solo investimenti considerati adeguati all'attività assicurativa. Questo è facilmente accertabile consultando i documenti dei rispettivi fondi. Per quanto concerne gli investimenti nell'ambito del patrimonio libero, le imprese di assicurazione continuano a non essere soggette a restrizioni normative.

3.3 Ripercussioni per i gruppi interessati

3.3.1 Assicurazioni

L'agevolazione di attività estranee all'assicurazione stabilita nel corso della revisione della LSA comporta anche un adeguamento dell'OS. Le agevolazioni devono offrire alle imprese di assicurazione spazio per l'innovazione. Tuttavia, l'attività estranea all'assicurazione deve conservare una certa connessione con l'attività assicurativa. Il know-how generato dall'attività assicurativa disponibile nell'impresa deve, se necessario, poter essere utilizzato sul mercato in termini di creazione di valore. Le barriere che la regolamentazione pone alle attività non assicurative, difficilmente hanno conseguenze per le imprese di assicurazione focalizzate sul proprio core business.

Le prescrizioni di natura organizzativa circa l'indipendenza del consiglio di amministrazione e l'organizzazione appropriata, così come le regole per il governo e il controllo d'impresa (gestione qualitativa dei rischi) aumentano tendenzialmente l'onere per gli assicuratori. D'altra parte, queste sono prescrizioni che portano a un miglioramento del governo d'impresa. I prevedibili costi supplementari non sono stati peraltro quantificati.

Nell'ambito della revisione della LSA, le società veicolo di assicurazione con sede in Svizzera vengono assoggettate a una vigilanza speciale della FINMA. Questo offre alle imprese di assicurazione ulteriore flessibilità, per esempio in relazione all'emissione di obbligazioni catastrofe da parte di una società domiciliata in Svizzera. Per tali società veicolo a livello di OS sono fissati ulteriori requisiti, ad esempio per quanto riguarda il capitale minimo o la solvibilità, allo scopo di garantire il funzionamento dei loro affari e limitare i rischi per l'impresa di assicurazione nel suo insieme.

In futuro, la FINMA potrà esigere da imprese di assicurazione economicamente rilevanti la presentazione di piani di stabilizzazione in cui descrivono le misure che adotterebbero in caso di crisi. L'elaborazione preventiva di piani di stabilizzazione analoghi a quelli delle banche di rilevanza sistemica ha lo scopo di garantire la stabilità dell'impresa assicurativa in caso di emergenza e tiene conto degli sviluppi internazionali, comporta però un onere aggiuntivo per gli interessati, soprattutto perché i piani devono anche essere regolarmente aggiornati. La legge lascia alla discrezionalità del Consiglio federale il compito di fissare i criteri secondo i quali un'impresa di assicurazione è considerata economicamente significativa. Un valore di soglia fissato in franchi fa sì che con il passare del tempo, a causa della crescita del bilancio, altre imprese di assicurazione siano classificate come economicamente significative e siano quindi potenzialmente soggette all'obbligo di elaborare piani di stabilizzazione. Stando agli indicatori della FINMA, alla fine del 2020 la somma di bilancio di 16 imprese di assicurazione svizzere ha raggiunto il valore soglia di 5 miliardi stabilito dall'OS.

Contrariamente alla prassi seguita finora dalla FINMA (secondo il regime transitorio 2017–2022), le succursali all'estero delle imprese di assicurazione svizzere in futuro non saranno più tenute a utilizzare le curve dei rendimenti delle autorità di vigilanza estere per lo sconto degli impegni assicurativi (vedi sopra). La regolamentazione proposta riguarda la succursale all'estero di un'impresa di assicurazione svizzera. Dopo aver convertito la succursale in una società affiliata a pieno titolo, questo istituto sarebbe anche autorizzato a utilizzare le curve dei rendimenti delle autorità di vigilanza estere. Questa conversione comporta spese supplementari uniche (ad es. spese legali o spese di consulenza). Inoltre, la conversione in una società affiliata può aumentare in modo permanente l'onere finanziario e organizzativo e comportare anche conseguenze di natura fiscale.

La revisione dell'Oem-FINMA mira a rendere le tasse fisse di vigilanza che le imprese di assicurazione versano annualmente, più congruenti con l'onere di vigilanza. A fronte delle tasse di base raddoppiate, le tasse complementari risultano inferiori. La somma complessiva delle tasse riscosse annualmente dalla FINMA nel settore assicurativo rimane quindi invariata.

3.3.2 Intermediari assicurativi

Secondo le prescrizioni di legge, sia gli intermediari assicurativi vincolati che quelli non vincolati devono essere in possesso delle necessarie capacità e conoscenze professionali. Gli standard minimi per formazione e formazione continua non sono disciplinati nell'OS; nei limiti del possibile, la loro definizione è demandata a un'organizzazione di categoria accettata dalla FINMA. A tale proposito si deve tener conto del fatto che requisiti troppo elevati richiesti per formazione e perfezionamento possono essere ostacoli economicamente indesiderabili per l'ingresso nel mercato o comportare distorsioni del mercato a favore di operatori di dimensioni maggiori. I requisiti posti alla formazione devono quindi essere sviluppati nel modo più differenziato possibile (a prescindere dai requisiti di base che riguardano tutti allo stesso modo) e devono tenere conto delle diverse esigenze di ciascun intermediario. I requisiti posti alla formazione continua devono garantire che le novità sviluppate in un ramo assicurativo possano, se necessario, confluire nelle attività di consulenza. Allo scopo di evitare costi superflui, soprattutto per le numerose piccole imprese dell'intermediazione assicurativa, ad esempio in seguito a perdita di guadagno, anche gli standard minimi relativi alla formazione continua dovrebbero essere concepiti in modo proporzionato e differenziato. Inoltre, dovrebbe essere possibile completare la formazione continua non solo tramite lezioni in presenza, ma anche con corsi/video online, che offrono più flessibilità in termini di tempo e sono quindi associati a costi-opportunità meno elevati.

Secondo le disposizioni di legge, per potersi registrare gli intermediari assicurativi non vincolati devono avere un'assicurazione di responsabilità civile professionale. I requisiti in merito, definiti a livello di ordinanza, ora sono differenziati e organizzati in base al numero di dipendenti. Come prescritto finora, la copertura minima è di 2 milioni di franchi per tutti i sinistri in un anno. In futuro, tuttavia, la somma richiesta per la copertura aumenterà fino a 5 milioni di franchi per tutti i sinistri in un anno, a seconda del numero di dipendenti, e garantirà una copertura sufficiente anche per gli intermediari assicurativi di maggiori dimensioni. Per le persone interessate, questo può comportare certe spese aggiuntive. L'aumento dei costi è limitato a un tetto massimo, in modo che per gli intermediari assicurativi di maggiori dimensioni, l'incremento in termini relativi sia meno accentuato.

Il requisito di legge relativo alla buona reputazione e il rispetto degli obblighi legali è concretizzato nei criteri di *Corporate Governance* posti come condizione per la registrazione degli intermediari assicurativi non vincolati. Sono stati concepiti considerando il più possibile i rischi e tenendo conto delle diverse dimensioni e complessità degli intermediari. La regolamentazione proposta a livello di ordinanza può tuttavia comportare costi aggiuntivi per gli interessati. Per esempio, i criteri di *Corporate Governance* sono associati a costi unici più elevati nel processo di registrazione (ad es. spese per la definizione di principi, processi e strutture al fine di garantire il rispetto delle prescrizioni). Questo riguarda in particolar modo i numerosi piccoli intermediari assicurativi non vincolati. Secondo informazioni della FINMA, l'80 per cento delle imprese di intermediazione non vincolate ha al massimo 1–2 dipendenti. Il rispetto di questi requisiti (ad es. la separazione tra attività operative e attività di controllo) è oggetto di costante verifica e vigilanza, e questo comporta anche costi ricorrenti più elevati.

3.3.3 Clientela

La prevenzione e la pubblicazione di eventuali conflitti di interessi a scapito degli stipulanti sono già disciplinate a livello legislativo e si applicano sia alle imprese di assicurazione sia agli intermediari assicurativi non vincolati. Le pertinenti norme dell'OS specificano le condizioni in cui si deve presumere l'esistenza di un conflitto di interessi. Per quanto riguarda gli intermediari assicurativi non vincolati, il Consiglio federale cita comportamenti che sono in ogni caso inammissibili (ad es. accordo di collaborazione con un'impresa di assicurazione). Questi comportamenti sono in gran parte già contemplati nel diritto vigente, pertanto non si prevedono costi aggiuntivi per gli interessati.

L'introduzione dell'assicurazione sulla vita qualificata è anch'essa già prevista a livello di legge. Le assicurazioni sulla vita qualificate sono caratterizzate principalmente dal fatto che nel processo di risparmio gli assicurati sopportano un rischio di perdita. In questi casi le imprese di assicurazione devono elaborare e consegnare un foglio informativo di base e svolgere una verifica dell'adeguatezza. Il foglio informativo di base deve includere indicazioni sui costi relativi all'assicurazione sulla vita qualificata. L'OS stabilisce su quali costi debbano essere fornite indicazioni e in che forma. In un'ottica di lungo periodo, possono essere particolarmente significativi soprattutto i costi ricorrenti e i costi per il riscatto di un'assicurazione sulla vita qualificata. Per questo motivo anch'essi devono essere esposti all'assicurato. Oltre ai requisiti per il foglio informativo di base, l'OS stabilisce anche informazioni specifiche per i prodotti per nel caso delle proposte individualizzate nel settore assicurativo.

Secondo la LSA rivista, la responsabilità del FNG in caso di risanamento o fallimento di un'impresa di assicurazione ha ora nuovi limiti. Alla fine del 2021 la dotazione del FNG ammontava a circa 150 milioni di franchi. Secondo l'OS rivista, questo importo deve essere aumentato fino a 700 milioni di franchi e sarebbe quindi in grado di coprire un fallimento del maggiore offerente di assicurazioni veicoli a motore. L'aumento del fondo di garanzia avviene gradualmente nell'arco di diversi anni, tramite accumulo del supplemento di premio di 3.80 franchi che già oggi viene riscosso annualmente per ogni polizza di assicurazione veicoli a motore. Per i clienti, la revisione dell'OS non comporterà quindi alcun adeguamento dei premi nel ramo veicoli a motore.

3.4 Ripercussioni per la piazza economica svizzera e la competitività

La presente revisione dell'OS rafforza ulteriormente la piazza assicurativa svizzera, attua le prescrizioni di legge e crea opportunità di crescita per nuovi fornitori di servizi assicurativi secondo le possibilità già delineate nella LSA. L'allentamento dei requisiti in materia di sorveglianza per piccole imprese di assicurazione e le agevolazioni per operatori innovativi del settore riducono gli ostacoli all'entrata nel mercato e rafforzano la competitività. Concretizza inoltre la nuova normativa in materia di risanamento, riduce i conflitti di interessi e rafforza così la protezione del cliente.

3.5 Ripercussioni per Confederazione, Cantoni e Comuni

L'avamprogetto non incide sul bilancio; non si prevedono ripercussioni per Confederazione, Cantoni e Comuni.

4 Aspetti giuridici

4.1 Costituzionalità e legalità

Le disposizioni delle ordinanze del Consiglio federale modificate si basano sulle disposizioni di legge menzionate nel rispettivo ingresso e indicate come riferimento nella rubrica. Per la costituzionalità della base legale, si rimanda alle spiegazioni contenute nel messaggio.

4.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

Gli impegni internazionali della Svizzera non sono toccati dall'avamprogetto.

4.3 Delega di competenze legislative

Alla FINMA è conferita l'autorità di emanare disposizioni tecniche di esecuzione in diversi ambiti. Le deleghe corrispondenti si basano tutte sull'articolo 55 capoverso 2 LFINMA.

5 Entrata in vigore

Le modifiche della legge e delle ordinanze saranno poste in vigore dal Consiglio federale prevedibilmente il 1° luglio 2023.