

Circolare 2010/3

Assicurazione malattie ai sensi della LCA

Assicurazione complementare all'assicurazione malattie sociale e questioni particolari attinenti all'assicurazione malattie privata

Riferimento:	Circ. FINMA 10/3 «Assicurazione malattie ai sensi della LCA»
Data:	18 marzo 2010
Entrata in vigore:	1° maggio 2010
Ultima modifica:	6 maggio 2021 [le modifiche sono contrassegnate con un * ed elencate alla fine del documento]
Basi legali:	LFINMA art. 7 cpv. 1 lett. b LSA art. 4 cpv. 2 lett. d e r, 5 cpv. 1, 11 cpv. 1, 16, 38, 46 OS art. 3 cpv. 1, 54, 69, 117, 123, 155, 157 OS-FINMA art. 3
Allegato:	Glossario

Destinatari						
LBCR	LSA	LisFI	LInFI	LICol	LRD	Altri
Banche						
Gruppi e cong. finanziari.						
Altri intermediari						
Assicuratori	X					
Gruppi e cong. assicurativi						
Intermediari assicurativi						
Gestori patrimoniali						
Trustee						
Gestori di patrimoni collettivi						
Direzioni dei fondi						
Società di intermed. mobiliare che tengono conti						
Società di intermed. mobiliare che non tengono conti						
Sedi di negoziazione						
Controparti centrali						
Depositari centrali						
Repertorio di dati sulle negoz.						
Sistemi di pagamenti						
Participant						
SICAV						
Società in accomandita per ICC						
SICAF						
Banche depositarie						
Rappresentanti di ICC esteri						
Altri intermediari						
OAD						
Assoggettati OAD						
Società di audit						
Agenzie di rating						

I. Scopo	nm.	1
II. Campo di applicazione	nm.	2-4
III. Obbligo di approvazione	nm.	5-7
IV. Tecnica assicurativa	nm.	8-57
A. Margini legalmente ammessi per il risultato tecnico di un prodotto	nm.	8-9
B. Rilevamento di tutti i rischi essenziali	nm.	10-13
a) Esigenze tariffarie	nm.	10-11
b) Restrizioni concernenti l'approvazione dei sistemi di finanziamento	nm.	12-13
C. Riserve tecniche	nm.	14-29
a) Costituzione e valutazione	nm.	14-20
b) Classificazione	nm.	21-22
c) Scioglimento	nm.	23
d) Riserve tecniche non più necessarie	nm.	24
e) Restituzione delle riserve di senescenza	nm.	25-29
D. Modalità della struttura tariffaria	nm.	30-34
E. Riduzioni attuarialmente giustificate e non giustificate	nm.	35-37
F. Adeguamento delle tariffe esistenti	nm.	38-39
G. <i>Abrogato</i>	nm.	40-44
H. <i>Abrogato</i>	nm.	45-56
I./J. Pubblicità di prodotti non ancora approvati	nm.	57

V. Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia: tariffazione empirica e ripartizione in classi tariffarie (art. 157 in combinato disposto con l'art. 123 OS)	nm.	58-62
A. Informazione allo stipulante	nm.	58-59
B. Tariffazione	nm.	60-62
VI. <i>Abrogato</i>	nm.	63-73
VII. Entrata in vigore e disposizioni transitorie	nm.	74-76

I termini in *corsivo* sono spiegati nel glossario (allegato).

I. Scopo

La presente circolare è destinata agli assicuratori sottoposti a vigilanza che operano nel ramo assicurativo B2 «malattia» o A5 «assicurazione malattie». Nella circolare sono trattate in maniera approfondita questioni attuariali attinenti alla tariffazione e alle riserve. Si tratta di prescrizioni che rispecchiano sostanzialmente la prassi già adottata dall'Autorità di vigilanza. 1

II. Campo di applicazione

La presente circolare si applica a tutte le imprese di assicurazione private e alle casse malati che gestiscono assicurazioni malattie ai sensi della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1), conformemente ai rami assicurativi A5 e B2 (cfr. all. 1 dell'Ordinanza sulla sorveglianza [OS; RS 961.011]). 2

I contratti ai sensi della LCA relativi all'assicurazione complementare all'assicurazione malattie sociale e alle assicurazioni individuali d'indennità giornaliera dei rami B2 e A5 sono retti dai nm. 2-57 e 63-75 della presente circolare. Le tariffe e le condizioni generali d'assicurazione delle summenzionate assicurazioni che trovano applicazione in Svizzera costituiscono parte integrante del piano d'esercizio e devono essere approvate dall'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) (art. 4 cpv. 2 lett. r della Legge sulla sorveglianza degli assicuratori [LSA; RS 961.01] in combinato disposto con l'art. 5 cpv. 1 LSA). 3

Le assicurazioni collettive d'indennità giornaliera in caso di malattia non sono considerate assicurazioni complementari all'assicurazione malattie sociale e non sono pertanto soggette al controllo preventivo¹. Alle assicurazioni collettive d'indennità giornaliera per malattia si applicano unicamente i nm. 58-62 e 74 della presente circolare, che regolano in particolare la suddivisione nelle *classi tariffarie* (art. 157 in combinato disposto con l'art. 123 OS) nonché la gestione del piano d'esercizio. 4

III. Obbligo di approvazione

Sono soggetti all'obbligo di approvazione i *prodotti* che comportano obblighi contrattuali di assicurazioni complementari all'assicurazione malattie sociale o di assicurazioni individuali d'indennità giornaliera per malattia ai sensi della LCA. Un'impresa di assicurazione privata o una cassa malati può, con opportuna dichiarazione nel piano d'esercizio, riunire in un unico *prodotto* diversi prodotti approvati con copertura di rischio equivalente, a condizione che vengano rispettate le disposizioni della presente circolare. 5

Gli obblighi derivanti da contratti assicurativi che non concorrono in maniera quantificabile a diminuire o prevenire i rischi non possono essere finanziati con i premi riscossi. Ciò concerne in particolare le prestazioni che non influenzano l'atteggiamento degli assicurati a livello di promozione della salute e prevenzione. 6

¹ Cfr. Tribunale amministrativo federale: sentenza del 25.5.2007 «Vorlagepflicht von Tarifen und Allgemeinen Vertragsbedingungen in der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz» (scaricabile all'indirizzo www.bundesverwaltungsgericht.ch > giurisprudenza).

Le tariffe e le condizioni generali d'assicurazione di *prodotti* assicurativi che coprono in maniera accessoria rischi di malattia non devono essere sottoposti per approvazione se il preventivato onere dei sinistri dell'assicurazione malattie è inferiore all'onere complessivo dei sinistri previsti per gli altri rischi. 7

IV. Tecnica assicurativa

A. Margini legalmente ammessi per il risultato tecnico di un prodotto

Il *risultato tecnico* atteso risulta dal calcolo delle tariffe. Sia per i contratti nuovi che per l'effettivo in essere esso non supera la quota del 10% dei premi incassati sulla base del premio del contratto. Per le tariffe utilizzate esclusivamente per i contratti nuovi, il risultato tecnico atteso è in linea di principio almeno pari a zero. 8*

Se, sull'arco degli ultimi tre anni, il risultato tecnico si attesta mediamente a una quota di almeno il 15% dei premi incassati sulla base del *premio del contratto*, la tariffa deve essere abbassata. L'impresa di assicurazione è tenuta a presentare una richiesta di adeguamento tariffario alla prossima scadenza contrattuale disponibile, affinché nel medio termine possa essere conseguito un risultato tecnico in conformità al nm. 8. La FINMA può considerare delle soglie di materialità. 9*

B. Rilevamento di tutti i rischi essenziali

a) Esigenze tariffarie

Per giustificare la tariffa di un nuovo *prodotto* o una revisione tariffaria di un *prodotto* esistente, l'impresa di assicurazione privata o la cassa malati valuta i rischi attuariali prevedibili. È escluso il *rincaro esogeno* non anticipabile. Vanno elaborate basi tecniche appropriate per una valutazione e quantificazione adeguata dei rischi determinanti. Devono essere indicate le modalità di copertura finanziaria dei rischi. 10

In funzione degli obblighi contrattuali si deve determinare per via attuariale l'onere nominale atteso per i casi di sinistro attribuiti all'esercizio considerato, tenendo con ciò conto degli scarti statistici. 11

b) Restrizioni concernenti l'approvazione dei sistemi di finanziamento

a. Il *sistema di ripartizione delle spese* non può essere adottato per le assicurazioni malattie ai sensi della LCA, poiché questo sistema non consente di ovviare al rischio di cambiamento nella struttura dell'effettivo. 12

b. Una compensazione del *rischio di invecchiamento* non può avvenire senza la costituzione di un'apposita *riserva di senescenza*. 13

C. Riserve tecniche

a) Costituzione e valutazione

L'articolo 16 LSA e l'articolo 54 capoverso 1 OS richiedono la costituzione di sufficienti riserve tecniche a copertura degli impegni. La valutazione dei rischi attuariali si basa sia sulla loro 14

entità sia sul *sistema di finanziamento* adottato. Vanno tenute in debita considerazione le incertezze che caratterizzano le ipotesi e i metodi del modello prescelto. Le componenti dei premi corrispondenti vengono calcolate su questa base al momento della fissazione della tariffa. Le condizioni di costituzione delle riserve tecniche devono essere definite nel piano d'esercizio e la loro valutazione va opportunamente documentata. Si distinguono sostanzialmente le seguenti categorie di riserve tecniche:

- | | | |
|----|--|-----|
| a. | <i>Riserve per sinistri</i> : vanno costituite conformemente alla procedura di regolamento dei sinistri e dei pagamenti. Va prestata particolare attenzione alla definizione contrattuale dei sinistri nelle assicurazioni malattie complementari. | 15 |
| b. | <i>Riserve di senescenza</i> : se è prevista una ripartizione del <i>rischio d'invecchiamento</i> (cfr. nm. 13), quest'ultimo va valutato su base attuariale in funzione della dinamica negli effettivi degli assicurati e del profilo tariffario. Per le riserve d'invecchiamento va prevista una dotazione che ne garantisca la ripartizione nel lungo periodo. | 16 |
| c. | <i>Riserve di sicurezza e di compensazione</i> : queste riserve coprono due rischi distinti: | 17 |
| | - <i>Riserve per rischi di compensazione dei prodotti</i>
Le riserve per rischi di compensazione dei prodotti si rendono necessarie in ragione delle incertezze nel determinare le <i>riserve per sinistri</i> e le <i>riserve di senescenza</i> (rischio di sicurezza e di parametro), come pure in ragione delle fluttuazioni aleatorie inerenti al verificarsi di sinistri (rischio di fluttuazione in senso stretto). Vengono costituite allo scopo di compensare interamente o in parte i risultati sfavorevoli della liquidazione dei sinistri come pure le fluttuazioni nell'onere dei sinistri. | 18 |
| | - <i>Riserve per altri rischi legati all'esercizio dell'assicurazione</i>
Le imprese di assicurazione private hanno la possibilità e le casse malati sono tenute a costituire apposite riserve per i rischi correlati non direttamente ai prodotti, ma in generale all'esercizio dell'assicurazione. Queste riserve non hanno valore di riserve tecniche e assumono il carattere di capitale di rischio. | 19 |
| d. | <i>Altre riserve tecniche</i> : queste riserve devono essere definite con esattezza e il loro scopo essere circoscritto. Rientrano in questa categoria in particolare le riserve per perdite probabili qualora, a seguito di antiselezione o per altri motivi, si debbano mettere in conto perdite future. | 20* |

b) Classificazione

Le riserve tecniche devono essere classificate secondo i termini dell'articolo 69 OS. Nel rendiconto, questa classificazione avviene per anno contabile conformemente alle disposizioni del piano d'esercizio. Le riserve secondo i nm. 15, 16, 18 e 20 come pure i riporti di premi sono inoltre da iscrivere nell'importo legale del patrimonio vincolato e da coprire con elementi patrimoniali ammessi.

Nel rapporto alla FINMA, le imprese di assicurazione private e le casse malati documentano le *riserve di sicurezza e di compensazione* distinguendo tra riserve per rischi di fluttuazione dei *prodotti* e riserve per altri rischi legati all'esercizio dell'assicurazione.

c) Scioglimento

Conformemente all'articolo 54 capoverso 3 OS, lo scioglimento delle riserve tecniche va definito nel piano d'esercizio, indicandone la causale. Il bisogno di scioglimento delle risorse risulta dal calcolo tariffario e dal *sistema di finanziamento*. 23

d) Riserve tecniche non più necessarie

Per le riserve tecniche non più necessarie (art. 54 cpv. 2 OS), l'impresa di assicurazione privata o la cassa malati sottopone preventivamente un piano di scioglimento, qualora questo non sia già stato regolamentato nel piano d'esercizio. Il piano di scioglimento deve indicare le modalità di ripartizione delle riserve tecniche non più necessarie in favore degli assicurati che le hanno finanziate. Se una ripartizione in base a questo principio si rivela impossibile, le riserve devono essere utilizzate in favore dell'intero effettivo. 24

e) Restituzione delle riserve di senescenza

La restituzione delle *riserve di senescenza* ai sensi dell'articolo 155 OS è regolamentata come segue: 25

a. Se le *riserve di senescenza* sono costituite individualmente, si considera come parte adeguata l'importo accumulato per l'assicurato interessato fino allo scioglimento del contratto. Gli importi negativi (ad es. per effetto del rischio ridotto per le donne in talune fasce d'età) sono da considerarsi pari a zero. Il metodo di distribuzione va definito nel piano d'esercizio. 26

b. Per le *riserve di senescenza* costituite forfetariamente, le quote vengono calcolate secondo il modello matematico che regola la costituzione e lo scioglimento delle riserve. Il metodo di distribuzione deve essere illustrato nel piano d'esercizio. 27

c. Se giustificate, le deduzioni («spese di riscatto») sono ammesse in particolare per il rischio dovuto al tasso d'interesse, il rischio di spese d'acquisizione non ammortizzate e il rischio di disdetta collettiva. 28

d. In caso di decesso dell'assicurato decade il diritto alla restituzione. 29

D. Modalità della struttura tariffaria

Una notevole disparità di trattamento attuarialmente non giustificabile ai sensi dell'articolo 117 capoverso 2 OS sussiste quando, per rischi di entità equiparabile, si applicano premi diversi o quando, a parità di premio, i rischi coperti sono di entità diversa. Si deve impedire in particolare che una parte di assicurati paghi premi troppo bassi a scapito di altri assicurati. Se una disparità di trattamento secondo l'art. 117 cpv. 2 OS serve ad agevolare bambini, giovani adulti e famiglie, il nm. 30 come pure i nm. 37–37.5 non si applicano. 30*

La tariffa deve soddisfare adeguate *caratteristiche tariffarie* e prevedere differenziazioni (*classi tariffarie*) al fine di prevenire in particolare il *rischio di antiselezione*. Le classi di età e le ripercussioni di un cambio di classe di età sul premio devono essere indicate nelle CGA. 31*

Se si configurano *componenti di ripartizione* più consistenti, la valutazione della loro entità richiede un'adeguata indicazione dei *premi di rischio* in funzione delle corrispondenti *classi tariffarie*. 32*

farie. La determinazione di detti premi va illustrata in maniera convincente per mezzo di statistiche probanti o, nel caso di sviluppo di prodotti, ipotesi di calcolo appropriate e fondate. Va illustrato anche il calcolo dei supplementi per rischi.

Sono ammesse *componenti di ripartizione* per la costituzione di solidarietà (*rischio di invecchiamento* escluso, cfr. in proposito il nm. 13), a condizione che si tenga debitamente conto del *rischio di antiselezione*. 33

Abrogato 34*

E. Riduzioni attuarialmente giustificate e non giustificate

Le *riduzioni* sono componenti della tariffa e prima di essere applicate devono essere presentate e approvate (art. 4 cpv. 2 lett. r in combinato disposto con l'art. 5 cpv. 1 LSA). 35*

Le *riduzioni* attuarialmente giustificate devono essere distinte da quelle non giustificate. Sono considerate attuarialmente giustificate se le spese di acquisizione e amministrazione più basse possono essere comprovate in base a metodi attuariali o economici riconosciuti o se un valore atteso dei sinistri più basso può essere comprovato in base a metodi attuariali riconosciuti. 36*

Una notevole disparità di trattamento ai sensi dell'art. 117 cpv. 2 OS (in combinato disposto con il nm. 30) sussiste segnatamente nel momento in cui singole o più *riduzioni* cumulative e attuarialmente non giustificate: 37*

- fanno sì che il premio del contratto sia inferiore di oltre il 10% rispetto al premio di riferimento al netto di eventuali riduzioni attuarialmente giustificate; 37.1*

- non si collocano in una fascia ristretta sull'insieme dei contratti assicurativi del prodotto in questione; o 37.2*

- portano a un risultato tecnico negativo sul prodotto o sull'effettivo parziale agevolato nel caso dei contratti collettivi e quadro. Le condizioni devono essere soddisfatte al momento iniziale. Se sul lungo periodo non sono più soddisfatte, le riduzioni devono essere corrette. 37.3*

L'impresa di assicurazione provvede all'adempimento delle condizioni ai cui al nm. 37 segg. 37.4*

L'impresa di assicurazione redige i suoi contratti di assicurazione in modo tale da sopprimere o diminuire le riduzioni al più tardi alla scadenza del premio annuale successivo, se le condizioni del nm. 37 segg. non sono più adempiute. 37.5*

F. Adeguamento delle tariffe esistenti

Una tariffa esistente può essere modificata nel quadro di una modifica del piano d'esercizio secondo l'art. 5 cpv. 1 LSA, purché ciò sia ammesso ai sensi del diritto civile. 38*

Una tariffa può, con riserva del nm. 39.3, essere aumentata al massimo nella misura del *rincaro esogeno* non ancora considerato. Se un incremento delle disdette non può essere escluso e la solvibilità è sufficiente, può essere disposto un aumento delle tariffe in modo scaglionato. Per i prodotti chiusi per i quali il diritto di passaggio a un portafoglio aperto non comporta uno svantaggio per nessun assicurato al momento dell'adeguamento tariffario e per tutta la durata del contratto, né in termini di prestazioni né di tariffe, gli aumenti dovuti al rincaro non sono circoscritti al rincaro esogeno. Gli aumenti devono permanere moderati ed essere circoscritti allo 39*

svantaggio economico subito dall'impresa di assicurazione a causa dell'esercizio parallelo del prodotto chiuso e del prodotto aperto equivalente.

Se il risultato tecnico dell'ultimo esercizio chiuso supera la soglia superiore di cui al nm. 8 o l'aumento comporta un superamento di tale soglia, la tariffa non può essere aumentata. 39.1*

Qualora il risultato tecnico non sia coerente, se necessario la FINMA apporta delle correzioni. Ciò riguarda in particolare spese inadeguate di acquisizione e amministrazione o modifiche inadeguate delle riserve tecniche. 39.2*

Un aumento tariffario che supera l'entità del *rinCARO esogeno* non ancora considerato è ammissibile in via eccezionale se sono attese delle perdite, sotto forma di risultati tecnici negativi, per l'impresa di assicurazione suscettibili di compromettere la solvibilità. 39.3*

G. *Abrogato*

Abrogato 40*-44*

H. *Abrogato*

Abrogato 45*-56*

I./J. Pubblicità di prodotti non ancora approvati

Le misure pubblicitarie aventi come oggetto condizioni generali d'assicurazione e tariffe non ancora approvate devono contenere la menzione, chiara e ben visibile per il consumatore, della riserva della loro approvazione da parte della FINMA. 57

V. **Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia: tariffazione empirica e ripartizione in classi tariffarie (art. 157 in combinato disposto con l'art. 123 OS)**

A. Informazione allo stipulante

Prima della conclusione o della modifica del contratto, l'impresa di assicurazione privata o la cassa malati informa lo stipulante, se opportuno, sull'applicazione di *classi tariffarie* e sui sistemi di partecipazione agli utili o di tariffazione empirica. 58

Se, in ragione della complessità del sistema impiegato, l'impresa di assicurazione privata o la cassa malati non ha modo di indicare in termini quantitativi le condizioni che regolano lo spostamento verso l'alto o verso il basso, o se può farlo solo in misura limitata, essa deve notificare allo stipulante quanto meno i fattori che determinano i premi. 59

B. Tariffazione

Per un dato contratto o una data *classe tariffaria* il premio indicato deve tenere debitamente conto sia dell'andamento individuale dei sinistri sia dell'andamento collettivo dei sinistri. La ponderazione tra andamento individuale e andamento collettivo dei sinistri avviene in base a un metodo attuariale riconosciuto. 60

All'occorrenza, il metodo deve essere adeguato al contesto specifico.	61
Se fondate, sono ammissibili eccezioni qualora l'andamento individuale dei sinistri non sia disponibile o qualora l'andamento collettivo dei sinistri non abbia rilevanza (<i>full credibility</i> , effettivo del rischio atipico, sistema di bonus/malus).	62
VI. Abrogato	
Abrogato	63*-73*
VII. Entrata in vigore e disposizioni transitorie	
La presente circolare entra in vigore il 1° maggio 2010.	74
Le condizioni generali di assicurazione dei contratti stipulati a partire dal 1° gennaio 2023 rispettano le disposizioni del nm. 31. Le condizioni generali di assicurazione dei contratti in corso al 1° giugno 2021 devono essere adeguate entro il 1° gennaio 2023 affinché vengano rispettate le condizioni del nm. 31, purché il diritto civile lo consenta.	75*
L'impresa di assicurazione adegua le riduzioni in essere al 1° giugno 2020 che divergono dai nm. 37.1–37.3 non appena ciò è possibile sotto il profilo del diritto civile. Tali riduzioni non vengono aumentate al di là della misura autorizzata secondo i nm. 37–37.3.	76*

Glossario

Capitalizzazione, sistema collettivo	Il sistema collettivo di capitalizzazione è un <i>sistema di finanziamento</i> nel quale le entrate e le uscite scontate attese si bilanciano a livello di portafoglio (ma non di individuo). È prevista una ripartizione non solo sull'arco di un anno, ma anche sulla durata residua del contratto in relazione all'effettivo parziale considerato.
Capitalizzazione, sistema individuale	Il sistema individuale di capitalizzazione è un <i>sistema di finanziamento</i> nel quale le entrate e le uscite scontate attese si bilanciano sulla durata di un contratto. In questo intervallo di tempo possono sorgere differenze anche significative tra i premi e le prestazioni. Il sistema individuale di capitalizzazione è noto nell'assicurazione sulla vita, dove l'ammontare del premio è il più delle volte garantito sull'intera durata del contratto.
Caratteristica del rischio	Le caratteristiche del rischio sono le caratteristiche delle persone assicurate che hanno un'influenza sul rischio, vale a dire criteri in grado di influenzare l'insorgenza e l'entità di un sinistro.
Caratteristica tariffaria	Le caratteristiche tariffarie sono le <i>caratteristiche del rischio</i> di cui si tiene conto nella <i>struttura tariffaria</i> . Si caratterizzano per il loro forte impatto sulla frequenza dei sinistri e/o sulla loro entità, per la loro facile rilevabilità, per il fatto che non cambiano arbitrariamente durante il contratto e sono facilmente misurabili nonché classificabili.
Classe tariffaria	Una classe tariffaria è una specificazione di una <i>caratteristica tariffaria</i> . In senso lato, la nozione di classe tariffaria designa parimenti la comunità di assicurati della classe considerata.
Componente di ripartizione	La componente di ripartizione è la parte di premio che serve a mantenere in equilibrio le <i>classi tariffarie</i> . Può essere positiva o negativa. Per una <i>tariffa conforme al rischio</i> , essa è pari a zero per ciascuna delle classi tariffarie.
Componente di invecchiamento	La componente di invecchiamento è la parte di premio che copre il <i>rischio di invecchiamento</i> con una <i>riserva di senescenza</i> .
Copertura dei bisogni, sistema collettivo	Il sistema collettivo di copertura dei bisogni è un <i>sistema di finanziamento</i> nel quale le spese e gli incassi di un anno si bilanciano per un <i>effettivo di assicurati</i> . Si procede in certa qual misura a ripartizioni tra i diversi gruppi di rischio, ad esempio tra uomini e donne dell'effettivo. Non è invece prevista alcuna ripartizione tra assicurati giovani e anziani.

Glossario

	Questo sistema corrisponde al «Prämiendurchschnittsverfahren» secondo Walter Saxer (cfr. Versicherungsmathematik, Erster Teil, Springer Verlag, 1979, pagg. 205).
Copertura dei bisogni, sistema individuale	Il sistema individuale di copertura dei bisogni è un <i>sistema di finanziamento</i> nel quale gli incassi di un anno e le spese previste per la copertura dei sinistri dell'anno in esame si equivalgono per ogni rischio individuale. In linea di principio non si procede alla ripartizione.
Effettivo degli assicurati	L'effettivo degli assicurati è l'insieme degli assicurati per <i>prodotto</i> .
Premio del contratto	Il premio del contratto corrisponde al <i>premio di riferimento</i> al netto delle <i>riduzioni</i> .
Premio di riferimento	Il premio secondo il tariffario è considerato il premio di riferimento.
Premio di rischio	Il premio di rischio di una data <i>classe tariffaria</i> è definito come il premio teorico che copre l'onere atteso dei sinistri della classe tariffaria in esame, sull'arco di un anno. Il premio di rischio non comprende componenti di spesa o di profitto.
Principio di equivalenza	Si definisce principio di equivalenza per la tariffazione l'equivalenza tra le spese e gli incassi attesi. Può essere applicato a un rischio unico (individuale) o a un <i>effettivo di assicurati</i> (collettivo), nei limiti di quanto previsto nella presente circolare.
Prodotto	Un prodotto assicurativo è costituito dalle condizioni d'assicurazione e dalle corrispondenti tariffe. È riservata la disposizione del nm. 5.
Riduzioni	Le riduzioni sono delle deduzioni concesse sui premi di riferimento. Esse comprendono ogni tipo di agevolazione pecuniaria, come gli sconti, indipendentemente dal fatto che siano concesse in via temporanea o permanente.
Rincaro esogeno	Il rincaro esogeno corrisponde all'incremento dell'onere dei sinistri per assicurato, previa deduzione delle conseguenze finanziarie dovute a modifiche nell'effettivo.
Ripartizione temporale	Si parla di ripartizione temporale quando l'equivalenza tra spese e incassi non è data correntemente, ma solo sull'arco dell'intera durata del contratto. In questo intervallo di tempo possono sorgere differenze anche significative tra le entrate e le uscite.
Rischio di antiselezione	Per rischio di antiselezione s'intende il rischio che per un dato <i>prodotto</i> la composizione o il comportamento dell'effettivo comporti un

Glossario

	<p>onere atteso dei sinistri superiore a quello ipotizzato secondo le basi di calcolo.</p>
Rischio di invecchiamento	<p>Il rischio di invecchiamento è dato dalle conseguenze finanziarie di una modifica nella struttura d'età dell' <i>effettivo degli assicurati</i>.</p>
Riserve di senescenza	<p>Le riserve di senescenza prefinanziano le ripartizioni a lunga scadenza del <i>rischio di invecchiamento</i>.</p>
Riserve di sicurezza e di compensazione	<p>Le riserve di sicurezza e di compensazione sono costituite da due parti.</p> <p>Prima parte: riserve per i rischi di fluttuazione dei <i>prodotti</i>.</p> <p>Le riserve di compensazione sono riserve tecniche finalizzate a coprire i risultati negativi della liquidazione dei sinistri o a equilibrare la volatilità e di conseguenza bilanciare nel tempo i <i>risultati tecnici</i>. Sono finanziate in linea di principio mediante componenti specifiche dei premi.</p> <p>La misurazione della volatilità tiene conto della diversificazione, dell'entità e della struttura. L'assegnazione delle riserve globali di sicurezza e di compensazione avviene in funzione della volatilità effettiva dei singoli <i>prodotti</i>.</p> <p>Seconda parte: riserve per ulteriori rischi legati all'esercizio dell'assicurazione.</p> <p>Servono per ammortizzare i rischi d'impresa e sono alimentate dalle entrate di natura tecnica o non, costitutive del profitto. In questo senso, esse non costituiscono un elemento di cui tener conto nella determinazione del livello tariffario.</p>
Riserve per sinistri	<p>Le riserve per sinistri inglobano le riserve per i sinistri non liquidati alla data di riferimento, le riserve per i sinistri non notificati e le riserve per eventuali spese future collegate a sinistri già liquidati alla data di riferimento (riaperture).</p> <p>All'occorrenza inglobano anche le spese di gestione dei sinistri, sia quelle imputabili che quelle non attribuibili.</p>
Risultato tecnico	<p>Il risultato tecnico di un <i>prodotto</i> riferito a un dato esercizio equivale alla differenza tra i premi riscossi e la somma dei pagamenti a titolo di risarcimento, incrementata delle variazioni nette delle riserve tecniche e delle spese di amministrazione imputate.</p>

Glossario

Scenario	<p>Se è prevista una <i>ripartizione temporale</i> dell'onere dei sinistri, nel quadro della procedura di approvazione occorre presentare una sequenza logica di eventi ipotetici relativi al rischio. Essa deve indicare, oltre ai premi riscossi e ai pagamenti a titolo di risarcimento, l'andamento atteso della struttura dell'<i>effettivo degli assicurati</i>, l'utilizzo delle <i>componenti di ripartizione</i> nonché la costituzione e lo scioglimento delle diverse categorie di riserve tecniche.</p>								
Sistema di ripartizione delle spese	<p>In un sistema puro di ripartizione delle spese, entrate e uscite di un anno si bilanciano. Vi è dunque equivalenza tra le entrate e le uscite, ma non tra le spese e gli incassi di un anno. La peculiarità del sistema di ripartizione delle spese è data dal fatto che non vengono costituite né riserve per premi o <i>riserve per sinistri</i>, né riserve matematiche o <i>riserve di senescenza</i>. Gli incassi dei premi dell'anno in corso sono utilizzati per le prestazioni dovute.</p>								
Sistemi di finanziamento (tipi fondamentali)	<p>I sistemi di finanziamento nell'assicurazione malattie complementare all'assicurazione malattie sociale sono caratterizzati da un'applicazione particolare del <i>principio di equivalenza</i>.</p> <p>Il sistema di finanziamento presenta le caratteristiche seguenti: il periodo e gli effettivi parziali per i quali è soddisfatto il <i>principio di equivalenza</i> nonché le indicazioni sulla costituzione e l'utilizzo delle riserve tecniche.</p> <p>Gli effettivi parziali in esame sono costituiti dai singoli assicurati (<i>sistema individuale di copertura dei bisogni</i> o di <i>capitalizzazione</i>) o da un gruppo di <i>classi tariffarie</i> (<i>sistema collettivo di copertura dei bisogni</i> o di <i>capitalizzazione</i>).</p> <p>Esistono quattro tipi fondamentali di sistemi di finanziamento, che si distinguono da un lato per la conformità o meno della tariffa al rischio e dall'altro per l'adozione o meno di una <i>ripartizione temporale</i>.</p> <table border="1" data-bbox="608 1659 1396 1971"> <tr> <td data-bbox="608 1659 802 1800"></td> <td data-bbox="802 1659 1037 1800">Senza <i>ripartizione temporale</i></td> <td data-bbox="1037 1659 1396 1800">Con <i>ripartizione temporale</i> (<i>riserva di senescenza necessaria</i>)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1800 802 1971">Tariffazione individuale</td> <td data-bbox="802 1800 1037 1971"><i>Sistema individuale di copertura dei bisogni</i></td> <td data-bbox="1037 1800 1396 1971"><i>Sistema individuale di capitalizzazione</i></td> </tr> </table>				Senza <i>ripartizione temporale</i>	Con <i>ripartizione temporale</i> (<i>riserva di senescenza necessaria</i>)	Tariffazione individuale	<i>Sistema individuale di copertura dei bisogni</i>	<i>Sistema individuale di capitalizzazione</i>
	Senza <i>ripartizione temporale</i>	Con <i>ripartizione temporale</i> (<i>riserva di senescenza necessaria</i>)							
Tariffazione individuale	<i>Sistema individuale di copertura dei bisogni</i>	<i>Sistema individuale di capitalizzazione</i>							

Glossario

	Tariffazione collettiva	<i>Sistema collettivo di copertura dei bisogni</i>	<i>Sistema collettivo di capitalizzazione</i>	
Struttura tariffaria	La struttura tariffaria è definita da un lato dalla specificazione delle <i>caratteristiche</i> e delle <i>classi tariffarie</i> e dall'altro dalla descrizione delle <i>componenti di ripartizione</i> e di <i>invecchiamento</i> secondo le <i>classi tariffarie</i> .			
Tariffa conforme al rischio	Una tariffa è considerata conforme al rischio se, per una <i>struttura tariffaria</i> sufficientemente differenziata e per ciascuna delle <i>classi tariffarie</i> , i premi – diminuiti del margine di profitto e della componente delle spese di amministrazione – corrispondono ai relativi <i>premi di rischio</i> (maggiorati della <i>componente di invecchiamento</i> nei <i>sistemi di capitalizzazione</i>).			

Elenco delle modifiche



Questa circolare è modificata come segue:

Modifica dell'11 dicembre 2015 in vigore dal 1° gennaio 2016.

nm. modificato	20
----------------	----

Modifiche del 6 maggio 2021 in vigore dal 1° giugno 2021.

nuovi nm.	37.1–37.5, 39.1–39.3, 76
nm. modificati	8, 9, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 75
nm. abrogati	34, 40–56, 63-73
altre modifiche	titolo che precede i nm. 35, 38

L'allegato della presente circolare è modificato come segue:

Modifiche del 6 maggio 2021 in vigore dal 1° giugno 2021.

modificato	glossario (definizione di risultato tecnico)
nuovo	glossario (definizioni di premio contrattuale, premio di riferimento, riduzioni)
abrogato	glossario (definizione di sconto)