

Il presente documento riporta i quesiti ricevuti dalle imprese sul Regolamento ISVAP n. 35/2010 e le relative risposte interpretative, ed è suddiviso nelle seguenti sezioni:

- QUESITI GENERALI
- QUESITI PRODOTTI VITA
- QUESITI PRODOTTI DANNI E POLIZZE CONNESSE A MUTUI
- QUESITI SU ALTRE DISPOSIZIONI
- QUESITI SUGLI ALLEGATI.

I quesiti (eccetto il primo) sono ordinati per articolo e per allegato del Regolamento.

QUESITI GENERALI

PRODOTTI “MULTIRAMO” (COMBINAZIONE DI RAMO I E III)

1) Il Regolamento non disciplina gli obblighi di informativa precontrattuale dei prodotti “multiramo” e non prevede specifici schemi di informativa per i prodotti di ramo III (facendo riferimento all’art. 7, comma 2, per i casi di abbinamento, ai soli prodotti di ramo I, II e IV). Dato che, a partire dal 1° dicembre 2010, il Regolamento abroga la Circ. ISVAP 551 e con essa gli schemi di informativa dei prodotti di ramo III ivi allegati, quali sono gli schemi di informativa da utilizzare per i prodotti “multiramo”? In attesa dell’emanazione del regolamento congiunto CONSOB-ISVAP che disciplini tali prodotti, con quali modalità le imprese possono continuare a redigere i rispettivi fascicoli informativi?

RISPOSTA: la Comunicazione congiunta CONSOB-ISVAP stabilisce che, fino all’emanazione del Regolamento congiunto delle stesse Autorità, sui prodotti in esame valgono le disposizioni ISVAP. L’abrogazione della Circ. 551/2005, sostanzialmente “assorbita” dal Regolamento n. 35, non determina il venir meno della suddetta indicazione. In ogni caso, l’ISVAP interverrà sul tema in esame con un provvedimento che assicuri continuità normativa.

ARTICOLO 3 – AMBITO DI APPLICAZIONE

1) Il Regolamento si applica integralmente anche alle imprese operanti in Italia in regime di stabilimento?

RISPOSTA: le imprese in questione rientrano nella definizione di imprese comunitarie, per cui si rinvia a quanto disciplinato dall’articolo.

QUESITI PRODOTTI VITA

ARTICOLO 4 – DOCUMENTAZIONE E PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET

1) Comma 3: il Fascicolo informativo è costituito esclusivamente dai documenti precontrattuali e contrattuali elencati nell’articolo. L’inserimento d’informazioni

supplementari rispetto a quelle previste dagli schemi deve essere limitato all'esigenza di rendere pienamente comprensibili le caratteristiche del contratto. In tale ottica, l'informativa ai fini privacy può essere un allegato al Fascicolo informativo?

RISPOSTA: sì, si conferma che, ferma restando l'integrità del Fascicolo informativo, l'acclusione di documentazione strettamente contestuale e propedeutica alla sottoscrizione del contratto (ad es. informativa privacy, questionario adeguatezza) rimanga consentita, evitando invece di allegare documentazione non strettamente necessaria (ad es. documentazione pubblicitaria o promozionale). In particolare, fornire l'informativa "privacy" fa parte integrante dei generali doveri di informazione precontrattuale.

2) Comma 4: i singoli documenti contenuti nel Fascicolo informativo possono avere date di aggiornamento differenti?

RISPOSTA: per data di ultimo aggiornamento si intende la data di effettivo aggiornamento della Nota informativa (anche antecedente al 31 maggio). Il Fascicolo informativo in commercializzazione deve essere sempre aggiornato, attraverso gli aggiornamenti annuali da effettuare al più tardi entro il 31 maggio ovvero, in caso di modifiche nel periodo antecedente, attraverso opportune integrazioni dei documenti informativi in circolazione. Ciò detto, si assuma di avere in distribuzione un fascicolo informativo in cui tutti i singoli documenti siano stati aggiornati il 31 maggio 2011, con tale data di aggiornamento riportata a conclusione di ogni singolo documento. Si assuma altresì che, al 31 maggio 2012, in un singolo documento non sia intervenuta alcuna modifica mentre tutti gli altri documenti vadano aggiornati per modifiche intervenute in corso d'anno. In tal caso, è consentito:

- **mantenere il singolo documento rimasto invariato nei contenuti con data di ultimo aggiornamento 31 maggio 2011 e aggiornare data degli altri documenti al 31 maggio 2012 (anche per evitare costi operativi non necessari, specialmente qualora i singoli documenti siano prestampati tipograficamente);**

oppure, in alternativa:

- **aggiornare tutti i documenti con data 31 maggio 2012.**

3) Comma 4: per data di ultimo aggiornamento deve intendersi il 31 maggio oppure la data in cui vengono pubblicati i dati da aggiornare?

RISPOSTA: il Fascicolo informativo in commercializzazione deve essere sempre aggiornato, attraverso gli aggiornamenti annuali da effettuare al più tardi entro il 31 maggio (quindi non necessariamente il 31 maggio ma anche, ad esempio, il 30 aprile) ovvero, in caso di modifiche nel periodo antecedente, attraverso opportune integrazioni dei documenti informativi in circolazione. La data di aggiornamento annuale deve quindi essere quella di aggiornamento effettivo, e può essere anche antecedente al 31 maggio.

4) Comma 5: Come è da intendersi l'avverbio "esclusivamente"? Sono ad esempio ammesse immagini capaci di richiamare il prodotto (foto, disegni) secondo la prassi interpretativa già seguita con la Circ. 551D/2005?

RISPOSTA: l'esclusività va riferita ai singoli contenuti indicati dall'ISVAP, per cui non è possibile aggiungere ulteriori elementi di contenuto. I disegni e le immagini possono essere inseriti, in quanto non costituiscono dei veri e propri elementi

aggiuntivi di contenuto ma solo una soluzione grafica o cromatica per qualificare e distinguere il prodotto da un punto di vista commerciale e di marketing.

5) Comma 6: per i prodotti individuali non più commercializzati è necessario mantenere sul sito online per tutta la durata dei relativi contratti stipulati lo storico di tutti gli aggiornamenti effettuati o può ritenersi sufficiente mantenere sul sito l'ultimo aggiornamento del Fascicolo informativo del prodotto?

RISPOSTA: è sufficiente pubblicare l'ultimo aggiornamento del Fascicolo informativo dando evidenza, eventualmente in una sezione separata dello stesso documento o in un documento a sé stante, degli aggiornamenti e delle variazioni via via intervenuti, con le corrispondenti date di aggiornamento.

6) Comma 7: il comma, con particolare riferimento all'obbligo di consegna delle condizioni e dell'indicazione nel modulo di adesione di costi e provvigioni, va rispettato anche per le polizze collettive accessorie ai fondi pensione aperti?

RISPOSTA: la documentazione dei fondi pensione aperti prevede già l'inclusione delle condizioni riguardanti le coperture assicurative accessorie, nonché l'indicazione dei relativi costi. D'altra parte, le polizze in questione sono comprese nella definizione di "prodotti assicurativi" di cui all'art. 2 del Regolamento e quindi assoggettate al comma. Pertanto, l'informativa agli aderenti al fondo pensione-assicurati deve essere integrata dal dato relativo alla quota parte percepita dagli intermediari.

7) Comma 7: fermo quanto previsto dall'art. 50 del Regolamento, si chiede conferma che le disposizioni del comma – come le altre contenute nel Titolo I della Parte II del Regolamento – non siano applicabili ai prodotti finanziari assicurativi né ai contratti aventi finalità previdenziali ai sensi del d.lgs. 252/2005.

RISPOSTA: sì, essendo il Titolo I, in cui il comma in esame è collocato, applicabile ai prodotti assicurativi vita, i quali non comprendono né i prodotti finanziari assicurativi né quelli con finalità previdenziali di cui al d.lgs. 252/2005 ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. s), del regolamento.

8) Comma 7: determinati contratti in forma collettiva non prevedono un modulo di adesione. Si chiede conferma che in tal caso nessuna indicazione deve essere data agli assicurati riguardo ai costi a carico degli stessi e riguardo all'evidenza della quota parte percepita in media dagli intermediari, ferma la specifica disciplina prevista in caso di polizze connesse a mutui/finanziamenti. Il dubbio deriva anche dal fatto che nel comma in esame si fa riferimento, per la consegna dell'informativa, agli assicurati che sostengono il pagamento o sono portatori di un interesse alla prestazione, diversamente dal Reg. n. 5 dell'ISVAP dove (cfr. art. 56) si fa riferimento agli assicurati che "...sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione."

RISPOSTA: l'obbligo di informare gli assicurati è strettamente connesso più che alla presenza o meno di un modulo di adesione al fatto che gli stessi sostengano almeno in parte il pagamento del premio, e quindi anche determinati costi a loro carico. In assenza di tale presupposto, infatti, l'informativa sarebbe persino fuorviante, non essendo l'assicurato soggetto al pagamento del premio, in parte o interamente. In caso contrario, ossia in presenza dell'interesse dell'assicurato ad essere informato, qualora il modulo di adesione non sia previsto, l'impresa dovrà prevedere che

l'assicurato medesimo sia informato dei costi a suo carico, eventualmente in altro apposito documento, con evidenza della quota parte percepita in media dagli intermediari.

9) Comma 7: Per contratti collettivi che rientrano in una delle condizioni previste dal comma (“gli assicurati sostengono in tutto o in parte l’onere economico connesso al pagamento del premio o sono portatori di un interesse alla prestazione”), si chiede conferma che l’indicazione dei costi a carico degli assicurati sia obbligatoria solo se questi ultimi sostengono in tutto o in parte l’onere economico connesso al pagamento del premio.

RISPOSTA: sì, l’esigenza di informare gli assicurati sui costi a loro carico è conseguenza del presupposto che gli stessi paghino il premio, interamente o in parte. In assenza di tale presupposto, come peraltro specificato dall’articolo, viene meno l’esigenza di illustrare i costi, non essendoci di fatto costi “a loro carico”.

10) Comma 7: si chiede conferma che la mera contestualità (‘in occasione della sottoscrizione’) della stipulazione delle polizze e di mutui e finanziamenti è elemento necessario ma non sufficiente per l’individuazione della connessione. Inoltre, si chiede di chiarire che la mera esistenza di un nesso funzionale tra copertura e finanziamento è elemento necessario ma non sufficiente a determinare l’esistenza di una connessione in assenza di circostanze di fatto che qualifichino la relazione tra copertura assicurativa e il contratto di finanziamento quale relazione di (rilevante) connessione, e se, secondo l’Istituto, l’espressamente richiamata circostanza della contestuale stipulazione dei due contratti è l’unica circostanza di fatto capace di tale qualificazione.

RISPOSTA: le polizze sono considerate connesse a mutui/finanziamenti, come precisato dall’ISVAP negli esiti della consultazione in risposta ai quesiti sui commi 7 e 8 dell’art. 30, quando sono stipulate in occasione della sottoscrizione degli stessi, anche se offerte da intermediario diverso da quello che offre il mutuo/finanziamento, e quando sono afferenti a coperture di rischi funzionali all’operazione di mutuo/finanziamento. La sussistenza della connessione va comunque verificata specificamente caso per caso.

11) Comma 7: la quota parte percepita in media dall’intermediario, espressa sia in valore assoluto che percentuale deve essere riferita all’importo medio della provvigione riconosciuta all’intermediario su tali contratti?

RISPOSTA: per i contratti in forma collettiva di cui al comma, si devono dettagliare nel modulo di adesione i costi a carico degli assicurati e la quota parte percentuale degli stessi che rappresenta, rispetto al prodotto in questione, la provvigione dell’intermediario (escludendo rappels ed eventuali partecipazioni agli utili). La quota dovrà essere calcolata tenendo conto di tutti i costi del prodotto nel corso della durata contrattuale, già applicati o da applicare (al denominatore), e di tutte le provvigioni, sia di acquisto sia di incasso, corrisposte o da corrispondere all’intermediario. I valori utilizzati devono trovare riscontro, se necessario utilizzando riconciliazioni extra-contabili, nelle rilevazioni contabili o, in caso di nuovi prodotti, nelle convenzioni di collocamento.

Per le polizze connesse a mutui/finanziamenti, il modulo di adesione (o in mancanza dello stesso un apposito documento illustrativo) deve invece specificare l’ammontare dei costi effettivamente sostenuti dal singolo debitore/assicurato e l’importo effettivamente percepito dall’intermediario per l’adesione in questione.

12) Comma 7: la quota parte da determinare secondo un valore unico è riferita al premio, ossia fatto 100 il premio la provvigione è x%, oppure è riferita ai costi totali del prodotto, ossia fatto 100 i costi complessivi, la provvigione ne rappresenta y%?

RISPOSTA: la quota va determinata calcolando tutti i costi del prodotto, applicati o da applicare nel corso della durata contrattuale, e indicando a quale percentuale degli stessi corrispondono tutte le provvigioni riconosciute agli intermediari per il prodotto in questione.

ART. 6 PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

1) Comma 2: si chiede se sia possibile non evidenziare alcun costo relativo alla visita medica indicando che è facoltà dell'assicurato sottoporsi ad accertamenti presso medici di propria fiducia con costi direttamente a carico dell'assicurato stesso?

RISPOSTA: se l'impresa prevede di poter assoggettare gli assicurati a visita medica da parte di medici di propria fiducia, deve illustrare tale fattispecie e il relativo costo. Se l'impresa è anche disposta ad accettare accertamenti presso medici di fiducia dell'assicurato a costo dell'assicurato stesso, illustra tale eventualità specificando che il costo (non quantificabile) è a carico dell'assicurato.

2) Comma 2: nella proposta/modulo di adesione è necessario inserire l'avvertenza indicata alla lettera c) del comma anche qualora la compagnia non richieda la compilazione di un questionario medico ma una mera dichiarazione di buono stato di salute da parte dell'assicurando?

RISPOSTA: sì, poiché trattasi comunque di una richiesta di informazioni sullo stato di salute dell'assicurato.

3) Comma 2: invece dell'avvertenza di cui alla lettera c) del comma, sarebbe possibile indicare all'assicurato che l'impresa accetta la certificazione del suo stato di salute mediante visita medica effettuata a proprie spese?

RISPOSTA: l'alternativa prospettata è in linea con quella disposta dall'articolo, ossia nel caso in cui l'impresa non intenda o non possa sottoporre l'assicurato a visita medica presso suoi medici fiduciari indicando il relativo costo, dovrà avvertire l'assicurato che può sottoporsi a visita medica presso medici di fiducia dell'assicurato stesso avvertendo che i costi sono a carico dell'assicurato medesimo.

4) Comma 7: in caso di emissione diretta del contratto senza modulo di proposta o, in caso di polizze collettive, senza modulo di adesione, si chiede conferma che all'assicurato non debbano essere fornite le avvertenze di cui al comma 2 del medesimo articolo.

RISPOSTA: il presupposto per cui le informazioni di cui al comma 2 devono essere riportate è il fatto che i contratti prevedano prestazioni e coperture che richiedano di acquisire informazioni sullo stato di salute dell'assicurato attraverso un questionario. In tal caso, la richiesta di informazioni deve necessariamente trovare formalizzazione in documenti predisposti dall'impresa, i quali riporteranno le avvertenze di cui al comma 2.

ART. 8 – NOTA INFORMATIVA

1) L'articolo disciplina le norme da seguire per la redazione della Nota informativa, anche in caso di combinazioni tra più coperture. Nel caso, ad esempio, di una combinazione di prodotti caso morte e LTC si chiede, vista la differenziazione tra le due garanzie, se è possibile mantenere distinta la rappresentazione del premio, a fini di maggiore comprensibilità.

RISPOSTA: in caso di compresenza di più garanzie il Regolamento, al comma 4 dell'articolo, stabilisce che le imprese predispongano la Nota informativa adeguatamente integrata con le caratteristiche dei contratti oggetto di abbinamento. È legittimo per il cliente che acquista le garanzie come un "unicum" ricevere l'informativa sul costo complessivo del prodotto. Le soluzioni individuate devono comunque essere caratterizzate da requisiti di trasparenza e chiarezza delle informazioni riportate, in modo tale che anche se la scomposizione del premio delle due coperture è distinta sia agevole per il cliente (ad es. mediante una rappresentazione tabellare chiara e contestuale della scomposizione del premio delle due garanzie e di un totale) comprendere quale sia il premio complessivo.

2) In merito alla redazione della Nota informativa, in presenza di contratti che prevedano in abbinamento garanzie ulteriori – ad esempio su rischi di danni alla persona, comprese l'incapacità al lavoro professionale, la morte in seguito ad infortunio, l'invalidità a seguito di infortunio o di malattia – si richiede come procedere nella redazione della stessa, ad esempio se: a) allegare alla Nota informativa vita quella prevista per le garanzie danni oppure se: b) integrare la Nota informativa vita e quella danni in un'unica Nota informativa che riporti le rispettive caratteristiche dei contratti oggetto di abbinamento.

RISPOSTA: in relazione a tale quesito l'ISVAP pubblicherà sul proprio sito una risposta tra i "quesiti frequenti".

3) In caso di offerta sempre necessariamente congiunta di distinti prodotti vita e danni, si chiede se sia conforme predisporre un unico Fascicolo informativo così formato:

- copertina unica;
- nota informativa prodotto vita con glossario vita;
- nota informativa prodotto danni con glossario danni;
- condizioni generali di assicurazione con le condizioni relative ai prodotti vita e danni;
- unico modulo di proposta/adesione.

RISPOSTA: in relazione a tale quesito l'ISVAP pubblicherà sul proprio sito una risposta tra i "quesiti frequenti".

ART. 11 AGGIORNAMENTO DEI DOCUMENTI PRECONTRATTUALI

1) Non è chiaro se anche i contratti in forma di temporanea caso morte debbano essere aggiornati entro il 31 maggio, contenendo lo schema di Nota informativa dati potenzialmente aggiornabili come la situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione. Si chiedono chiarimenti.

RISPOSTA: il Fascicolo informativo in commercializzazione deve essere sempre aggiornato, attraverso gli aggiornamenti annuali da effettuare al più tardi entro il 31 maggio ovvero, in caso di modifiche nel periodo antecedente, attraverso opportune integrazioni dei documenti informativi in circolazione. Per il resto si veda quanto detto per il quesito 2) dell'art. 4.

2) La disposizione rientra fra quelle con applicazione estesa anche ai contratti post 551 (v. art. 56, comma 2). Si chiede conferma che l'obbligo non si applichi, com'è ovvio, ai contratti già conclusi.

RISPOSTA: si conferma l'interpretazione, nel senso che per i contratti in questione, già conclusi, l'articolo non si applica.

3) Si chiede conferma della necessità di aggiornare annualmente il Fascicolo informativo dei prodotti di puro rischio e di non poter rinviare al sito internet anche per il solo aggiornamento dell'informazione relativa alla situazione patrimoniale dell'impresa, che sicuramente cambia ogni anno.

RISPOSTA: sì, l'aggiornamento è necessario. Si veda anche quanto detto per il quesito 1).

ART. 13 – MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

1) Si chiede conferma dell'interpretazione secondo cui, per i prodotti di puro rischio, potrebbe accadere di non dover inviare alcuna comunicazione in ordine alle modifiche del Fascicolo informativo, in quanto potrebbe non verificarsi l'occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente.

RISPOSTA: in relazione a tale quesito l'ISVAP pubblicherà sul proprio sito una risposta tra i “quesiti frequenti”. In linea generale, ci sarà un allineamento con quanto disciplinato per l'informativa in corso di contratto dei prodotti danni al comma 2 dell'art. 37, che prevede la comunicazione per iscritto al contraente delle eventuali variazioni o, in alternativa, la previsione nella Nota informativa di uno specifico rinvio al proprio sito internet per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo non derivanti da innovazioni normative.

ART. 15 VARIAZIONE DEL TASSO DI INTERESSE GARANTITO

1) Si interpreta, anche alla luce del chiarimento fornito da Isvap negli esiti della pubblica consultazione, che i contratti per i quali non è consentita alcuna variazione del tasso, anche con riferimento ai premi versati, siano esclusivamente quelli a premi ricorrenti che non prevedano meccanismi predefiniti nelle condizioni di polizza.

RISPOSTA: l'articolo è relativo ai contratti a premi unici ricorrenti che prevedano tassi garantiti variabili secondo meccanismi predefiniti nelle condizioni di polizza, per i quali le imprese devono comunicare preventivamente la variazione del tasso al cliente, in coerenza con i criteri di variabilità già resi noti allo stesso cliente nelle condizioni contrattuali, ribadendo nella comunicazione che la variazione intervenuta interessa solo i premi successivi.

2) Tra i meccanismi predefiniti rientra il caso di individuazione preventiva dell'epoca in cui diventerà operativa la modifica del tasso garantito (es. modifica con effetto sui premi aventi scadenza dopo 10 anni dalla data di sottoscrizione della polizza, secondo una misura, a discrezione della compagnia, che sarà oggetto di comunicazione preventiva al cliente in prossimità dell'epoca di modifica)?

RISPOSTA: innanzitutto si conferma che l'articolo, circoscritto ai prodotti a premio unico ricorrente caratterizzati da tasso di rendimento garantito variabile, è rimasto invariato rispetto alla Circ. 551/2005. Si coglie comunque l'occasione per specificare che la variabilità del tasso di rendimento garantito nel corso della durata contrattuale deve essere resa trasparente al cliente sin dalle condizioni contrattuali originarie attraverso meccanismi predefiniti. A tal riguardo, l'informativa precontrattuale non può limitarsi ad indicare genericamente che il tasso può variare, rinviando ad una comunicazione successiva dell'impresa che specifichi i meccanismi di determinazione del tasso minimo garantito, ma deve illustrare sin dall'inizio i meccanismi specifici, appunto predefiniti, in base ai quali il medesimo tasso può variare e attraverso cui il contraente possa evincere comunque come potrà svilupparsi il tasso minimo garantito, fermo restando il tasso di rendimento massimo garantibile. Inoltre, come chiaramente stabilito dall'articolo, la variazione deve interessare solo i premi successivi alla stessa e il tasso massimo garantibile deve rispettare le norme del Codice delle Assicurazioni Private e dell'ISVAP al riguardo.

ART. 16 – RISCONTRO A RICHIESTE DI INFORMAZIONI

1) Al fine di comprendere concretamente il contenuto della disposizione, si chiede una maggiore specificazione dell'espressione "evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione.....", anche per individuare specificatamente le casistiche a cui fornire il citato riscontro scritto.

RISPOSTA: l'espressione intende da un lato essere sufficientemente ampia da comprendere tutte le casistiche che riguardano il contratto e le relative prestazioni assicurate, ossia l'ambito di potenziale interesse del contraente, dall'altro escludere possibili richieste che invece esulino dal contratto e dai suoi contenuti.

2) Le imprese forniscono riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal contraente, o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti giorni dalla ricezione della richiesta. Si chiede a quali specifici mezzi di comunicazione utilizzati dal cliente per formulare le richieste di cui all'art. 16 l'impresa debba fornire riscontro, ovvero se ci si possa limitare alle richieste ricevute per iscritto.

RISPOSTA: l'utilizzo da parte dell'ISVAP del termine "presentata" fa effettivamente pensare a richieste presentate per iscritto e quindi formalizzate (anche via fax o posta elettronica).

3) L'articolo prevede un riscontro scritto entro 20 giorni alle richieste informative presentate dal contraente o avente diritto circa il rapporto assicurativo. Poiché risulta frequente che le richieste informative dei suddetti siano avanzate congiuntamente a doglianze che, in quanto tali, sono soggette alla diversa disciplina dei reclami ex reg. ISVAP n. 24/2008, si evidenzia l'opportunità che si chiarisca come le diverse disposizioni siano da raccordarsi.

RISPOSTA: l'impresa dovrà distinguere e trattare diversamente le mere richieste di informazioni da quelle accompagnate da un esplicito reclamo, tenendo presente il rischio di incorrere in un'eventuale imputazione per pratiche commerciali scorrette, e applicare conseguentemente le corrispondenti disposizioni.

ART. 20 – TRASFERIMENTO DI AGENZIA ED OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

1) Comma 1: l'articolo, anche in considerazione degli esiti di pubblica consultazione, si applica oltre che agli agenti anche alla rete di secondo livello con la quale la compagnia non intrattiene, comunque, mai rapporti diretti? E in caso affermativo l'onere della comunicazione può essere trasferito in capo all'Agente?

RISPOSTA: la disposizione riguarda il trasferimento di agenzia e l'onere dell'informativa spetta all'impresa. In caso di rapporti di secondo livello l'obbligo può, attraverso specifiche previsioni negli accordi di mandato, essere delegato all'agente, che dovrà dare adeguata informativa al cliente nei termini previsti dalla normativa.

2) Comma 1: si chiede se la normativa applicabile in tema di informativa nei casi di assegnazione del portafoglio a nuovo intermediario sia applicabile anche nel caso di cambio di assegnazione di un singolo cliente.

RISPOSTA: sì, il cliente deve essere informato mentre non è ovviamente necessario effettuare alcuna pubblicazione dell'operazione sul sito internet.

3) Comma 4: al secondo periodo del comma viene menzionato l'impegno da parte delle imprese di assicurazione, per i contratti in forma collettiva, di inserire nella convenzione stipulata con il contraente una previsione contrattuale disciplinante l'obbligo di comunicazione da parte di quest'ultimo agli assicurati in merito ad operazioni di trasferimento di agenzia ed operazioni societarie straordinarie. L'ambito di applicazione per questo articolo riguarda sia i vecchi che i nuovi contratti. A tal fine si richiede se debbano necessariamente essere riviste entro il 1° dicembre - con l'inserimento della previsione contrattuale disciplinante l'obbligo di comunicazione - tutte le convenzioni in portafoglio, anche quelle che non prevedano più l'ingresso di nuove posizioni. Ovvero se non si possa prevedere di esplicitare quest'obbligo - con conseguente successiva modifica della convenzione - solo al momento in cui l'evento effettivamente accada, restando in ogni caso valida la necessità di introdurre tale indicazione nelle prossime convenzioni.

RISPOSTA: ferma restando la difficoltà di distinguere le vere e proprie polizze collettive dalle convenzioni/accordi-quadro senza analizzare casi specifici, in via generale le convenzioni, anche se chiuse a nuove adesioni, vanno comunque integrate con l'esplicitazione degli obblighi in questione a carico del contraente, in ragione del potenziale interesse di tutti gli assicurati ad essere informati in merito agli eventuali cambiamenti di agenzia o alle eventuali operazioni straordinarie.

4) Comma 5: quanto previsto dal comma si applica nei confronti dell'impresa che abbia effettuato una cessione parziale di portafoglio ad altra compagnia?

RISPOSTA: la cessione "parziale" di portafoglio va considerata comunque come un trasferimento di portafoglio dall'impresa A all'impresa B, e comporta quindi tutti gli adempimenti previsti dall'articolo 20, ivi inclusa l'informativa al contraente qualora il trasferimento abbia comportato anche una assegnazione del contratto ad altro intermediario. La disposizione si riferisce espressamente alla sola impresa che ha acquisito il contratto.

ART.22 - ARCHIVIAZIONE E CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI

1) Cosa si intende per “prova dell’adempimento degli obblighi di invio”? In quali forme va creata e custodita la prova?

RISPOSTA: per prova dell’avvenuto invio si intende, ad esempio, i record inviati a Postel per la spedizione postale. Per prova dell’avvenuta consegna si intende, ad esempio, o la firma autografa del cliente che dichiara di avere ricevuto il materiale o la ricevuta di ritorno della raccomandata A.R.

ART. 26 - PUBBLICAZIONE SUI QUOTIDIANI E SUL SITO INTERNET

1) Comma 1: si interpreta che l'Impresa non sia obbligata a pubblicare su un quotidiano a diffusione nazionale le quote degli OICR collegati qualora si tratti di SGR non di diritto italiano che, in base alle disposizioni vigenti richiamate da Isvap, adempiono alla pubblicazione attraverso altre forme, quali il sito internet della SGR medesima. Di tale circostanza verrebbe data debita evidenza nel prospetto informativo, facendo rinvio al sito internet dell'SGR dove tale dato è reperibile, oltre al sito internet dell’impresa. Si chiede conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA: l’interpretazione è corretta; peraltro la previsione si riferisce anche alle SGR di diritto italiano.

2) In considerazione di quanto previsto dall'articolo, che sostituirà l'articolo 12 della Circ. Isvap 551/D, ci chiediamo se la modifica che Isvap ha apportato al testo della norma sia significativa di un intervento di coordinamento con quanto previsto da Consob in tema di pubblicazione del valore della quota (Reg. Emittenti artt. 34 e 22, comma 3). Riportiamo per comodità qui di seguito il comma della normativa Isvap sul quale fondiamo il nostro quesito: Art. 12, Circ. 551/D "L’obbligo di pubblicazione sul quotidiano si ritiene assolto qualora la pubblicazione venga già effettuata su un quotidiano a diffusione nazionale a cura dei soggetti abilitati ai sensi del TUF". Nuovo Art. 26, Reg. 35: "L’obbligo di pubblicazione sul quotidiano del valore della quota o azioni dell’OICR si ritiene assolto qualora la pubblicazione venga già effettuata ai sensi delle disposizioni vigenti".

RISPOSTA: vedi risposta al precedente quesito 1.

3) Comma 4: si chiede conferma che la dizione di “capitale assicurato nozionale” coincida con quella di “capitale nominale” contemplato dalla normativa di emanazione Consob. In alternativa si chiede di chiarirne il significato.

RISPOSTA: “nozionale” significa “prefissato”: in altri termini e ad esempio, fatto “100” il capitale assicurato, quanto vale in percentuale il riscatto.

QUESITI PRODOTTI DANNI E POLIZZE CONNESSE A MUTUI

ART. 30 - DOCUMENTAZIONE

1) Comma 1: nel caso di polizze collettive rischi agricoli è corretto ritenere che il Fascicolo informativo non vada predisposto?

RISPOSTA: è corretto, al contraente della polizza collettiva vanno consegnate le sole condizioni di assicurazione.

2) Comma 1: nel caso in cui, ai sensi del DLgs 102/2004 e altra normativa comunitaria, il premio versato dal singolo aderente venga integralmente rimborsato da contributi pubblici è corretto ritenere che il contraente debba comunque consegnare le condizioni di assicurazione? E nel caso in cui il rimborso sia solo parziale?

RISPOSTA: l'assicurato, rimborso o meno del premio, è comunque portatore dell'interesse alla prestazione, e quindi si applica il comma 7 dell'art. 30 (obbligo di consegna delle condizioni di assicurazione all'assicurato medesimo).

3) Nel caso in cui ricorrano congiuntamente le condizioni come definite nel regolamento 5 art.3, comma 6, come ci si deve comportare a riguardo della documentazione da rilasciare al contraente indicata come "Fascicolo informativo"?

RISPOSTA: in base a quanto disposto dall'art. 3, comma 6 del Reg. n. 5/2006 troverà applicazione la norma recata dall'art 49, c. 2, lett. b), del medesimo Regolamento, che prevede la consegna della documentazione precontrattuale e contrattuale.

4) Comma 1: il Fascicolo informativo deve essere predisposto anche nel caso in cui le condizioni di assicurazione siano singolarmente contrattate con il cliente? Ad esempio, nel caso di gare pubbliche di appalto, è la stazione appaltante che "impone" le condizioni di gara e quindi le condizioni contrattuali. In presenza di un capitolato di gara, ove viene chiesta l'accettazione delle condizioni ivi indicate, e che come si sa possono essere anche diverse dalle condizioni di polizza praticate generalmente dalla compagnia per la clientela ordinaria, come ci si comporta con il Fascicolo informativo?

RISPOSTA: in relazione a tale quesito l'ISVAP pubblicherà sul proprio sito una risposta tra i "quesiti frequenti".

5) Comma 1: è corretto ritenere che il Fascicolo informativo vada predisposto con riferimento ai singoli prodotti assicurativi e non invece personalizzato sulla base delle singole richieste specifiche del cliente? Qualora il prodotto preveda più opzioni alternative è sufficiente che queste vengano riportate nel Fascicolo informativo?

RISPOSTA: in via di principio il Fascicolo informativo è unico per ogni prodotto, atto quindi a ricomprendere ogni tipo di variante del prodotto stesso. L'impresa potrà individuare le tipologie di prodotto che meglio caratterizzano la propria offerta e le preferenze della clientela, "targettizzando" quindi tutte le possibili combinazioni di clausole contrattuali in una gamma, più o meno ampia, di prodotti e di corrispondenti fascicoli informativi. In ogni caso, non sembra comunque espressamente vietato ricorrere ad apposite personalizzazioni, anche attraverso l'uso di integrazioni o di Fascicoli informativi costruiti "ad hoc", purché sia salvaguardata – sotto lo stretto controllo dell'impresa - l'integrità del Fascicolo informativo e dei singoli documenti che lo compongono, nonché la trasparenza e la chiarezza delle caratteristiche dei prodotti per l'agevole comprensibilità delle stesse da parte dei clienti.

6) Comma 1: tutti i rischi appartenenti ai rami di bilancio 14 (Credito) e 15 (Cauzione) sono da considerarsi grandi rischi e quindi non è necessario predisporre e fornire al contraente la Nota Informativa. Sono pertanto da escludersi le polizze dove l'assicurato non esercita attività industriale, commerciale o intellettuale?

RISPOSTA: sì. Peraltro, particolarmente nel caso delle polizze fideiussorie, il contraente della polizza (ad esempio, impresa edile partecipante all'appalto) è in

realità anche l'assicurato, mentre la stazione appaltante (ad esempio, ente pubblico) è il beneficiario dell'eventuale prestazione.

7) Tutti i rischi appartenenti ai rami di bilancio 14 (Credito) e 15 (Cauzione) sono definiti grandi rischi - purché l'assicurato eserciti attività industriale, commerciale o intellettuale - e quindi non è necessario fornire al contraente anche la Nota informativa. Come applicare questa regola nel concreto dell'attività fideiussoria? In particolare, chi deve intendersi per "assicurato" in tale fattispecie?

RISPOSTA: nel caso delle polizze fideiussorie, non esiste un assicurato in senso tecnico-assicurativo; peraltro, si possono considerare "assicurato", secondo i punti di vista, sia il beneficiario (per lo più ente pubblico), il cui interesse economico viene soddisfatto con il rilascio ed eventualmente l'escussione della fideiussione, sia il contraente, per la soddisfazione del cui interesse – ad es. ottenere un appalto, un'erogazione pubblica, un'agevolazione, un rimborso tributario - la garanzia fideiussoria risulta indispensabile. Va inoltre considerato che, nel caso – invero preponderante - di fideiussioni richieste da enti pubblici, il testo delle fideiussioni stesse è "imposto" con un provvedimento pubblico dai suddetti enti e pertanto non è opera dell'assicuratore, né ha bisogno di essere spiegato da quest'ultimo; negli stessi casi, il contraente è sempre un imprenditore e cioè un "professionista" e quindi anche per questo motivo non necessita di una particolare attività illustrativa da parte dell'assicuratore. Infine si deve ritenere che la norma del regolamento, nel richiamare come esimente la definizione di "grande rischio", abbia riferito, nel caso del ramo 15 (Cauzione), il termine "assicurato" al contraente, altrimenti non risulterebbe praticamente mai applicabile per il ramo in parola. In conclusione, nel caso delle polizze fideiussorie stipulate da imprenditori, l'assicuratore dovrà presentare a costoro il testo di polizza per le dovute firme ma non sarà tenuto a fornire anche la Nota informativa.

8) Comma 1: non è specificato se i contratti “grandi rischi” di cui all'art. 1, lett. r) punti 1 e 2, se associati con altre garanzie per le quali è previsto l'obbligo della consegna della Nota informativa, sussiste l'obbligo della consegna del Fascicolo informativo in deroga all'art. 30, comma 1. Esempio polizza multi garanzia Ramo 5 - corpi veicoli aerei - con copertura anche delle garanzie Ramo 1 Infortuni e 13 RC Generale. Riassumendo:

a) se è "grandi rischi puro" si applica l'art. 30, comma 1 (consegna solo condizioni di polizza);

b) se è "grandi rischi multi garanzie" si deve consegnare il Fascicolo informativo in deroga all'art. 30, comma 1?

RISPOSTA: opera il principio di assorbimento, per cui la disciplina del “grande rischio” attrae quella del “rischio ordinario”. Pertanto, vanno consegnate al contraente le sole condizioni di assicurazione. In ogni caso, va considerato che anche la garanzia di ramo 13 può configurare un “grande rischio”, qualora ricorrano almeno due dei tre criteri stabiliti dal CAP. Inoltre, nei casi esemplificati la garanzia infortuni copre non il contraente bensì la pluralità degli assicurati, con conseguente applicazione del comma 7 dell'art. 30.

9) La definizione di grandi rischi inserita nel “codice delle assicurazioni”, art.1 lett. r), è la seguente “grandi rischi: si intendono per grandi rischi quelli rientranti nei rami di cui all'articolo 2, comma 3, qui di seguito indicati: 1) ... 2) 14 (credito) e 15 (cauzione),

qualora l'assicurato eserciti professionalmente un'attività industriale, commerciale o intellettuale e il rischio riguardi questa attività. A nostro avviso:

- per assicurato deve intendersi il contraente della polizza fideiussoria e non il Beneficiario, in quanto è nell'esclusivo interesse economico del contraente – unico soggetto oltre al garante a sottoscrivere la polizza e che ha l'obbligo del pagamento del premio - che il contratto venga perfezionato;
- data la particolare natura e struttura contrattuale della polizza fideiussoria, il perfezionamento della stessa avviene sempre con la effettiva ed autografa sottoscrizione da parte del contraente, e in polizza sono sempre esplicitate:
 - le condizioni che regolano i rapporti con il beneficiario (di norma richieste dal beneficiario stesso e già di conoscenza del contraente poiché definite per legge);
 - le condizioni che regolano i rapporti con il contraente, che il contraente appunto sottoscrive solo dopo avere letto ed approvato.

Si chiede conferma di tale impostazione.

RISPOSTA: nella definizione di “grandi rischi” si fa espresso riferimento all'assicurato, tuttavia si può ritenere che in una polizza fideiussoria il contraente è anche l'assicurato, mentre ad esempio l'ente pubblico garantito è “soltanto” il beneficiario dell'eventuale prestazione.

10) Comma 1: nell'ipotesi di contratti che coprono i grandi rischi, praticamente nella totalità dei casi, la polizza è emessa ad hoc per ogni singolo cliente dopo una trattativa sui contenuti e le esigenze peculiari da lui rappresentate, con frequente possibilità che nella fase precontrattuale l'intermediario richieda delle condizioni specifiche in nome e per conto del cliente. In tale caso è possibile emettere direttamente la polizza senza consegnare preventivamente le condizioni di assicurazione?

RISPOSTA: l'obbligo di consegna preventiva delle condizioni deve essere comunque assolto, anche perché il cliente, pur avendo negoziato o addirittura imposto determinate clausole, ha il diritto di rileggere e verificare quello che firma.

11) Comma 1: nella maggior parte dei casi i contratti per la copertura di rischi agricoli stipulati ai sensi del decreto legislativo n. 102/2004 vengono associati a contratti cosiddetti “integrativi” che consentono di fornire, per gli stessi prodotti assicurati con polizze agevolate, garanzie più complete ed aderenti alle richieste degli utenti. Naturalmente detti contratti non sono soggetti a contribuzione pubblica, pur essendo strettamente ed indissolubilmente collegati a quelli agevolati, insieme ai quali, di fatto, costituiscono un unico strumento di protezione dei rischi atmosferici a carico delle colture agricole. I contratti integrativi rientrano nella deroga concessa dall'art. 30 comma 1 alle coperture per i rischi agricoli per i quali è sufficiente la consegna delle sole condizioni di assicurazione o sussiste comunque l'obbligo della consegna del Fascicolo informativo ?

RISPOSTA: no, trattandosi di tipologie di rischio diverse tra loro. Inoltre, l'eccezione prevista dalla disposizione non può essere interpretata in senso estensivo.

12) Comma 1: poiché l'art. 30 esclude la consegna del Fascicolo informativo per i contratti che coprono i Grandi Rischi e l'art. 1, lett. r), del CAP indica quali siano i rami che rientrano in tale definizione, si chiede conferma dell'interpretazione illustrata nel seguente schema in merito ai Grandi Rischi indicati al punto 3 dell'anzidetto articolo 1, lett. r):

Grandi Rischi rientranti nei rami di cui al punto 3), art. 1, lett. r), del CAP

Consegna delle sole condizioni Polizza	→	Consegna della Nota Informativa
se l'Assicurato supera i limiti di almeno due dei tre criteri seguenti: a) il totale dell'attivo dello Stato Patrimoniale risulti superiore a €6.200.000,00; b) l'importo del volume d'affari risulti superiore a € 12.800.000,00; c) il numero dei dipendenti occupati in media durante l'esercizio risulti superiore alle 250 unità.	3 (corpi di veicoli terrestri, esclusi quelli ferroviari); 8 (incendio ed elementi naturali); 9 (altri danni ai beni -esclusi i Rischi Agricoli); 10 (R.C. autoveicoli terrestri: solo per Responsabilità Vettoriale); 13 (R.C. generale)	se l'Assicurato non supera i limiti di almeno due dei tre criteri seguenti: a) il totale dell'attivo dello Stato Patrimoniale risulti superiore a €6.200.000,00; b) l'importo del volume d'affari risulti superiore a € 12.800.000,00; c) il numero dei dipendenti occupati in media durante l'esercizio risulti superiore alle 250 unità

RISPOSTA: per i rami 4, 5, 6, 7 e 11 le sole condizioni di polizza “tout court”; per i rami 3, 8, 9, 10, 12, 13 e 16 le sole condizioni di polizza se ricorrono almeno due dei criteri stabiliti dal Codice delle Assicurazioni Private.

13) Comma 1: gli obblighi di trasparenza ed informazione valgono anche nei confronti degli enti pubblici?

RISPOSTA: sì, gli obblighi valgono per tutti i prodotti e tutti i clienti, fatte salve le semplificazioni previste per alcune categorie di prodotti (ad es. grandi rischi) specificate nel Regolamento.

14) Comma 2: Documentazione: per le Regioni a Statuto Speciale occorre tradurre la documentazione prevista dalla normativa vigente in materia di bilinguismo. Si conferma che, al momento, ciò vale solo per la RCA?

RISPOSTA: no, la disposizione, peraltro riportata anche per i prodotti vita, non specifica i rami interessati e quindi è da intendersi omnicomprensiva.

15) Comma 2: il fascicolo è redatto in lingua italiana "salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale". Ciò significa che per il Trentino Alto Adige è d'obbligo prevedere un fascicolo bilingue italiano/tedesco? Se sì, vi sono altre regioni a statuto speciali con disposizioni simili?

RISPOSTA: Sì, per il Trentino Alto Adige è d'obbligo un fascicolo bilingue. Non vi sono altre situazioni analoghe al Trentino Alto Adige.

16) Comma 3: si chiede conferma che il Glossario possa essere unico per tutte le tipologie di contratti, comprendendo quindi dei termini che in relazione a quel tipo di contratto non ineriscono.

RISPOSTA: il Glossario, per ragioni di trasparenza, deve essere coerente con la struttura della Nota informativa.

17) Comma 3: nell'ipotesi di prodotti cd. modulari, i quali cioè prevedono diverse combinazioni di garanzie, franchigie, capitali, si chiede conferma che il Fascicolo informativo non debba obbligatoriamente contenere tutte le combinazioni possibili.

RISPOSTA: in coerenza con quanto indicato al punto 3 della Nota informativa danni (All. 6), l'impresa può limitarsi ad indicare in Nota informativa le caratteristiche essenziali del prodotto nonché richiamare, mediante avvertenze e rinvii alle condizioni, le caratteristiche di maggior dettaglio. Come specificato allo stesso punto 3, l'impresa ricorre per illustrare il meccanismo di franchigie e massimali ad esemplificazioni numeriche, che saranno quelle che caratterizzano sostanzialmente il prodotto, tenendo conto ad esempio:

- dei meccanismi che vengono attivati più di frequente nei prodotti analoghi già commercializzati;
- dei meccanismi che si presume vengano attivati più di frequente per il target di clientela cui il prodotto maggiormente si rivolge;
- dei meccanismi che corrispondono a quelli per le quali l'impresa o l'intermediario intendono maggiormente qualificare e specializzare il prodotto sul mercato in termini di offerta.

Per le franchigie, massimali, limitazioni o esclusioni che non dovessero essere rappresentate in Nota informativa, l'impresa dovrà quindi inserire un opportuno rinvio alle condizioni contrattuali. La rappresentazione esaustiva di tutte le limitazioni o esclusioni possibili potrebbe risultare eccessiva e quindi contravvenire alla finalità di far comprendere al cliente le caratteristiche essenziali del prodotto.

18) Comma 7: nell'ipotesi di polizze collettive con premio totalmente a carico della banca contraente, in cui non vi è alcuna adesione da parte dei singoli assicurati, quali sono gli obblighi di consegna della documentazione precontrattuale? E' possibile consegnare solo le condizioni di assicurazione, semmai prevedendo la possibilità per il cliente di visualizzarle direttamente sul sito web della Banca?

RISPOSTA: se l'assicurato non è neanche portatore di alcun interesse alla prestazione non vi è alcun obbligo di consegna. Se lo è le imprese, come già in uso da qualche anno per le convenzioni vita, inseriscono nella convenzione danni (non abbinata a mutui o altri contratti di finanziamento) una previsione contrattuale disciplinante obblighi e modalità di consegna delle condizioni di assicurazione da parte del contraente (banca) agli assicurati. Se si tratta di una convenzione abbinata a mutui o altri contratti di finanziamento, essa deve prevedere invece la consegna dell'intero Fascicolo informativo, nonché di un apposito documento illustrativo dei costi, se non c'è modulo di adesione, come specificato nel comma. La banca contraente dà quindi applicazione alle modalità di consegna disciplinate nella convenzione.

19) Comma 7: viene previsto che nei contratti collettivi "*nella convenzione stipulata con il contraente*" si disciplini l'obbligo e le modalità di consegna da parte del contraente ai singoli assicurati delle condizioni di assicurazione. Non sempre le polizze collettive prevedono una convenzione di base. Qualora non ci fosse la convenzione, tale clausola potrà essere prevista direttamente in polizza?

RISPOSTA: la fattispecie della convenzione/accordo-quadro non è distinta da quella della vera e propria polizza collettiva: in caso di convenzione/accordo-quadro la clausola in parola starà in essa, altrimenti starà nella polizza.

20) Per i contratti infortuni, Isvap ha previsto un modello di riferimento (allegato 7). Allo stesso modo è stato previsto un modello nel caso di contratti RC auto (allegato 9). Per tutte

le altre tipologie di assicurazioni danni è presente il modello riportato all'allegato 6. Tale modello è standard per tutti i tipi di danni e può contenere tutte le scelte presenti per tutte le tipologie di danni o va adattato in base alle diverse opzioni offerte in base al tipo di contratto?

RISPOSTA: la seconda soluzione (Nota informativa adattata allo specifico ramo) è quella da adottare.

ART.32 – CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

1) L'articolo prevede che nella polizza ci siano una serie di avvertenze: la perdita del diritto al risarcimento per dichiarazioni false, la periodicità del premio, i mezzi di pagamento consentiti. Per polizza si intende strettamente il simplo di polizza, o anche il "libretto" con le condizioni di assicurazione? La domanda vale però anche nel senso opposto: è sufficiente che l'informazione sia solo nel "libretto"? Possono tali avvertenze essere fornite in maniera disgiunta, ad esempio quella sulla periodicità del pagamento nel simplo di polizza, e quella sull'indicazione dei mezzi di pagamento utilizzabili nel "libretto"?

RISPOSTA: le condizioni sono parte integrante della polizza. Tutte le avvertenze di cui all'articolo devono essere inserite nel cosiddetto simplo di polizza.

2) Comma 3: per redigere la Nota informativa dei contratti RCA è previsto di utilizzare lo schema di cui all'all. 9, distintamente per le autovetture, per i ciclomotori e i motocicli, per i natanti. Considerando che i prodotti relativi alla copertura RCA prevedono in genere anche la copertura per rischi diversi (e, quindi, non esclusivamente la copertura RCA), è necessario utilizzare congiuntamente sia lo schema di cui all'all. 9 (per l'offerta RCA), sia lo schema di cui all'all. 6 e/o 7 (per l'offerta rischi diversi), mantenendo distinte le due-tre note informative o si può utilizzare lo schema di cui all'all. 9 opportunamente adeguato e integrato con gli altri schemi redigendo, pertanto, un'unica informativa sul singolo prodotto?

RISPOSTA: il Regolamento consente espressamente quest'ultima soluzione.

3) Il frazionamento del premio scelto dal cliente, riportato nel cartellino anagrafico del modulo di polizza, è sufficiente o occorre descrivere tutti i frazionamenti consentiti dal prodotto? Poiché già nella Nota informativa è prevista l'indicazione dei frazionamenti praticabili, si interpreta che in polizza sia possibile effettuare indicazione su quello scelto. Chiediamo conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA: è confermato e, anzi, è proprio quello che interessa al cliente e che vale nello specifico contratto. Informazioni più generali potranno essere fornite nella Nota informativa.

4) Il questionario, se presente, deve essere sempre contrattualizzato attraverso l'avvertenza da riportare in polizza (comma 5). Se non c'è questionario si interpreta che l'avvertenza non debba essere inserita. Si chiede conferma.

RISPOSTA: nel caso in cui, prima della sottoscrizione del prodotto, sia prevista la compilazione di un questionario sanitario, si deve riportare in polizza l'avvertenza che prima della sottoscrizione del questionario l'assicurato deve verificare la veridicità delle dichiarazioni riportate. Nel caso in cui non sia prevista la compilazione del questionario tale avvertenza non va inserita.

5) Se in una polizza infortuni viene inserita con appendice integrativa una garanzia accessoria IPM si chiede se sia sufficiente richiamare il questionario nell'appendice.

RISPOSTA: Nel caso in cui, la compilazione del questionario sanitario, sia limitata alla sola garanzia accessoria invalidità permanente da malattia l'avvertenza può essere riportata nell'appendice di polizza relativa a tale garanzia.

6) Considerando che il nuovo schema di Nota informativa prevede la "disclosure" di informazioni relative all'impresa quali, l'ammontare del patrimonio netto e il margine di solvibilità, e considerando inoltre il rapporto diretto, in un contratto in regime di co-assicurazione, tra i vari co-assicuratori e l'assicurando, ci sorge il dubbio che oltre alla delegataria, debbano presentare il Fascicolo informativo all'assicurando anche gli altri co-assicuratori, quantomeno per quanto riguarda le informazioni generali e le informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa.

RISPOSTA: il problema può essere risolto attribuendo alla delegataria il compito di consegnare al contraente il Fascicolo informativo opportunamente integrato, anche attraverso apposite "appendici", con i dati relativi alle co-assicuratrici.

ART.33 – NOTA INFORMATIVA

1) Il comma 4 prevede che il Fascicolo informativo per l'RC auto sia redatto distintamente tra autovetture, ciclomotori e motocicli, natanti, altri veicoli. Ciò significa che le condizioni di assicurazione, parte integrante del Fascicolo informativo, dovranno anch'esse essere separate in 4 fascicoli distinti oppure potranno essere accorpate in un unico documento con 4 sezioni diverse? In quest'ultimo caso sarà possibile creare un'unica sezione per gli articoli comuni?

RISPOSTA: la formula dell'articolo 30 – Documentazione, comma 4, è chiara su questo punto e prevede che per l'assicurazione r.c.auto dovranno essere predisposti fascicoli distinti per le tipologie di veicoli individuate dall'articolo, riportando nei fascicoli stessi *esclusivamente* le informazioni e le condizioni di assicurazione relative a ciascuna tipologia di veicolo.

2) E' possibile separare le condizioni per le garanzie accessorie (ARD) previste nel contratto RCA?

RISPOSTA: sì, ossia le condizioni delle garanzie accessorie (ARD ora denominate CVT, corpi veicoli terrestri, Ramo 3) possono essere separate dalle condizioni contrattuali per l'assicurazione RCA, purché siano entrambe presenti nel Fascicolo informativo e sia rispettata la previsione dell'articolo 33, comma 6, "Nel caso di polizze consistenti nell'abbinamento di diverse tipologie contrattuali, ai fini di un'adeguata rappresentazione delle caratteristiche del contratto, le imprese predispongono la Nota informativa adeguatamente integrata con le caratteristiche dei contratti oggetto di abbinamento".

3) La Nota informativa deve essere "personalizzata" nei contenuti limitandosi alle coperture acquistate dal singolo contraente, o è corretto, come crediamo, consegnare sempre la nota "completa" con le indicazioni relative a tutte le coperture offerte dal prodotto? A nostro parere sia per l'argomento letterale (coperture offerte) sia per la finalità della norma regolamentare (completa informazione ante conclusione contratto) la Nota

informativa è da riferirsi al prodotto nella sua interezza, indipendentemente da quali siano le garanzie poi acquistate. Chiediamo conferma di tale impostazione.

RISPOSTA: come detto in occasione di quesiti sull'articolo 30, in via di principio il Fascicolo informativo (e quindi la Nota) è unico per ogni prodotto, atto quindi a ricomprendere ogni tipo di variante del prodotto stesso. L'impresa potrà individuare le tipologie di prodotto che meglio caratterizzano la propria offerta e le preferenze della clientela, targettizzando quindi tutte le possibili combinazioni di clausole contrattuali in una gamma, più o meno ampia, di prodotti e di corrispondenti fascicoli informativi. In ogni caso, non è comunque vietato ricorrere – sotto lo stretto controllo dell'impresa - ad apposite personalizzazioni, anche attraverso l'uso di integrazioni, purché sia salvaguardata l'integrità del Fascicolo informativo e dei singoli documenti che lo compongono, nonché la trasparenza e la chiarezza delle caratteristiche dei prodotti per l'agevole comprensibilità delle stesse da parte dei clienti.

ART. 34 - PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET

1) Per i prodotti danni è previsto l'obbligo di pubblicazione sul sito internet anche per le polizze connesse a mutui e altri contratti di finanziamento, mentre lo stesso obbligo non sussiste per le polizze vita connesse a mutui e altri contratti di finanziamento, se in forma collettiva, stante il riferimento alle sole polizze individuali contenuto nel comma 6 dell'art. 4. Considerata l'ampia e prevalente diffusione sul mercato di polizze CPI in forma collettiva che abbinano coperture vita a coperture danni, così da formare un unico "pacchetto" inscindibile di coperture, si interpreta che in tali casi le imprese possano applicare anche alle coperture danni l'esenzione prevista dal Regolamento per le polizze vita in forma collettiva. Si chiede conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA: in relazione a tale quesito, l'ISVAP interverrà con un proprio provvedimento in modo da stabilire l'obbligo di pubblicazione per tutte le coperture abbinate ai mutui e altri contratti di finanziamento, siano esse vita o danni.

2) Si chiede se l'obbligo di pubblicazione sul sito internet dei documenti relativi ai contratti commercializzati di cui al comma 2 valga anche per le polizze collettive.

RISPOSTA: solo per le polizze in forma collettiva connesse a mutui/finanziamenti, fermo quanto detto in risposta al quesito 1).

3) Comma 1: si richiede la pubblicazione sul sito internet della Nota informativa. E' possibile pubblicare un'unica nota informativa che al suo interno contenga le specifiche per tutti i contratti oppure è necessario che ogni tipologia di contratto sia accompagnata dal proprio Fascicolo informativo?

RISPOSTA: per evidenti ragioni di trasparenza, ogni tipologia di contratto deve essere accompagnata dal relativo Fascicolo informativo, a meno che non si tratti di prodotti consistenti nell'abbinamento di diverse tipologie contrattuali ai sensi del comma 6 dell'art. 33, nel qual caso le imprese predispongono un'informativa adeguatamente integrata.

4) Comma 1: si prevede che le imprese pubblichino sul proprio sito internet il Fascicolo informativo delle polizze individuali dei rami infortuni e malattia, dei prodotti

che coprono rischi relativi all'abitazione con riferimento a furto, incendio e RC del capofamiglia e, inoltre, delle polizze connesse a mutui e finanziamenti.

Ci si chiede se, agli effetti dell'applicabilità del comma, per "polizze connesse a mutui e finanziamenti" si debbano intendere solo le polizze individuali o si debbano, altresì, considerare anche le polizze collettive. Se sì, come coordinare questa disposizione con la risposta data da Isvap prevista genericamente per le polizze collettive "vita" a pag. 6 degli esiti della pubblica consultazione, con riferimento all'art. 4.6 del Regolamento, ove si parla di nessun obbligo di pubblicazione in internet per le collettive?

RISPOSTA: si vedano le risposte alle domande 1 e 2 sopra riportate.

5) Comma 4: il comma stabilisce che "per i contratti malattia, la cui copertura venga prestata nella forma dell'assistenza diretta, le imprese pubblicano sul proprio sito internet l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati". Tale norma riguarda la compagnia e/o l'eventuale network provider (società di service). A voler interpretare in senso ampio l'articolo, per medici convenzionati si dovrebbe intendere solo gli odontoiatri e non i medici delle strutture convenzionate. In questo caso la compagnia o il service non hanno contratti diretti con tutti i medici che operano in équipe nell'ambito delle strutture sanitarie; essi stipulano infatti un contratto di convenzione con la sola struttura sanitaria (ospedale o casa di cura), tramite la quale la convenzione può estendersi anche ai medici che operano al suo interno. In alcuni casi tale forma di implicita convenzione transitiva si applica a tutti i medici che operano nella struttura, in altri casi solo ad alcuni (che hanno accettato la convenzione proposta loro dalla struttura). Si interpreta che la norma possa essere adempiuta pubblicando i riferimenti della struttura sanitaria, senza la necessità di dover pubblicare e aggiornare l'elenco di tutti i medici che, in virtù di un contratto di convenzione, possono potenzialmente erogare prestazioni agli assicurati e quindi tutti i medici delle strutture e tutti gli odontoiatri degli studi odontoiatrici, eventualità che appare decisamente onerosa e di problematica applicazione.

RISPOSTA: è sufficiente l'indicazione della struttura sanitaria in quanto tale se tutti i medici della stessa sono convenzionati. Altrimenti, se solo alcuni sono convenzionati, occorre indicare i medici convenzionati uno per uno.

ART. 35 - RISCONTRO A RICHIESTE DI INFORMAZIONI

1. Per l'art. 35 "*Riscontro a richieste di informazioni*" si chiede conferma se il riscontro *ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente* da parte dell' Impresa s'intende solo quelle ricevute per iscritto. La formulazione della norma in merito è infatti ambigua. La norma non prevede la forma di ricezione delle richieste di informazione dei clienti da parte delle imprese. Nel caso di richiesta di informazione via telefono e risposta in un secondo momento, come documentiamo il rispetto dei termini di risposta? Come distinguiamo una richiesta di informazione mal formulata da un reclamo? Cosa si intende per "ogni richiesta di informazione"? E' corretto ritenere che tale richiesta debba essere scritta (posta, fax, e-mail)?

RISPOSTA: devono essere prese in considerazione le sole richieste di informazioni ricevute per iscritto. Richieste scritte sono anche quella formulate via fax o tramite posta elettronica, alle quali si può dare risposta con analogo mezzo.

2. Comma 1: la previsione comprende anche le ipotesi in cui la richiesta proviene da un broker in forza di una clausola broker inserita in polizza? Se sì, è possibile prevedere negli

accordi con i brokers i termini di invio di tali richieste alla Compagnia nonché eventuali manleve qualora non vengano rispettati gli accordi?

RISPOSTA: la risposta al primo quesito è sì, nel caso in cui la clausola broker non limiti la sua portata a specifici adempimenti, quali ad esempio l'incasso del premio, ma preveda un più ampio coinvolgimento del broker in materia di comunicazioni stabilendo che le comunicazioni fatte all'impresa da parte del broker, in nome e per conto del cliente, si intendono come fatte dal cliente stesso, a condizione che siano tempestivamente trasmesse all'impresa (cfr. lettera di collaborazione imprese/broker, testo ANIA di mero riferimento, punto 2.3). La risposta al secondo quesito è no, poiché il diritto in capo al cliente è pieno non può essere limitato con qualsivoglia accordo tra impresa e broker. Sempre nel suddetto testo ANIA di mero riferimento si legge, al punto 2.3: “ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono essere fatte necessariamente dal cliente, le comunicazioni fatte all'impresa dal broker, in nome e per conto del cliente, si intenderanno come fatte dal cliente stesso. Le comunicazioni eventualmente fatte dal cliente al broker potranno intendersi come fatte all'impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima e alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione”.

3. Comma 1: tra gli "aventi diritto" deve intendersi ricompreso anche il danneggiato di una polizza di responsabilità civile?

RISPOSTA: no, poiché il danneggiato non rientra in alcun modo tra gli aventi diritto in relazione al contratto.

4. Comma 2: l'utilizzo del termine "liquidate", lascia spazio a dubbi circa la natura delle richieste di verifica degli importi delle prestazioni liquidate che ben potrebbero essere assimilate ai reclami. Quale significato ha il termine liquidate? Deve intendersi riferito alle prestazioni rese liquide cioè quantificate oppure erogate? In tal ultimo caso resta fermo il termine di 45 giorni previsto dalla normativa vigente?

RISPOSTA: innanzitutto, una richiesta di verifica non è assimilabile ad un reclamo, in quanto può essere semplicemente una richiesta di approfondimento da parte del cliente sulle condizioni che hanno determinato la prestazione che ha già ricevuto, senza necessariamente esprimere una lamentela. In tal caso, vale il termine dei 20 giorni fissato dallo stesso art. 35. Per liquidate si intendono le prestazioni già erogate e sulle quali evidentemente il cliente ha richiesto delle informazioni ulteriori. Resta fermo il termine dei 45 giorni per i reclami.

5. Comma 2: il termine entro 20 giorni è esteso anche per i riscontri alle richieste concernenti la verifica degli importi delle prestazioni liquidate di cui al comma 2 oppure è svincolato da tale scadenza temporale?

RISPOSTA: il termine di 20 giorni vale anche per il comma 2.

6. Comma 2: il comma prescrive che il riscontro, alle richieste concernenti la verifica degli importi delle prestazioni liquidate, deve contenere “... le indicazioni necessarie per consentire all'interessato l'accertamento della conformità della liquidazione alle disposizione normative e alle condizioni di assicurazione.” Per le liquidazioni dell'

assicurazione RC Auto è possibile dare riscontro della conformità sia per le disposizioni normative (standardizzate nel CAP titolo X, Capo IV e V, artt. 143 - 155) e sia in base alle condizioni di polizza. Per la liquidazione dell'assicurazione danni non auto, non pare che sussista una analoga disciplina, pertanto il riscontro potrà essere dato solo in base alla conformità *alle condizioni di assicurazione*. Si chiede quindi di specificare per l'assicurazione danni non auto quale normativa di riferimento debba essere considerata per adempiere al dettato così come attualmente formulato.

RISPOSTA: il riscontro non può che essere fornito sulla base delle disposizioni normative vigenti, qualora sussistano, e sulla base delle condizioni di polizza relative alla garanzia prestata.

ART. 37 – AGGIORNAMENTO DEI DOCUMENTI PRECONTRATTUALI, MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

1) Si prevede che in caso di aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo le imprese consegnino al contraente, unitamente allo stesso, un'apposita appendice integrativa. È possibile sin d'ora realizzare provvisoriamente dei fascicoli informativi utilizzando gli attuali libretti tipografici con Nota informativa e CGA opportunamente integrati?

RISPOSTA: le attuali note informative non sono conformi ai nuovi schemi, pertanto occorre rifarle integralmente per i nuovi contratti.

2) Se il Fascicolo informativo relativo ad un contratto già commercializzato subisce modifiche, è sufficiente darne conto al cliente in una appendice o bisogna consegnargli un nuovo fascicolo?

RISPOSTA: occorre comunicare per iscritto le modifiche ovvero prevedere nella Nota informativa uno specifico rinvio al proprio sito internet per la consultazione delle modifiche intervenute.

ART. 41 – PUBBLICITÀ DEI RENDIMENTI

1) Si chiede se oltre al rendimento netto, possa essere rappresentato anche il rendimento lordo, analogamente alle rappresentazioni della scheda sintetica.

RISPOSTA: no.

ART. 43 – LINGUA

1) Si chiede quale comportamento debbano tenere le imprese con particolare riferimento ai contratti di RC Auto nei confronti dei clienti residenti nelle regioni a Statuto Speciale.

RISPOSTA: si vedano le risposte ai quesiti sull'art. 30 riguardanti lo stesso argomento.

ART. 46 COSTI APPLICATI MEDIANTE PRELIEVO DI QUOTE

1) Si interpreta che l'articolo vada integrato, alla luce di quanto previsto all'art. 28, c. 1, lett. d), con riferimento ai costi per le coperture di puro rischio e per la prestazione di una

garanzia in termini di capitale o di rendimento, prelevabili anch'essi mediante riduzione del numero di quote. Si chiede conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA: non si rileva la necessità di integrazione rappresentata nel quesito in quanto i “costi per le coperture di puro rischio e per la prestazione di una garanzia...” richiamati nel quesito costituiscono in realtà il premio della copertura, mentre l’articolo 46 fa riferimento ai costi nel senso proprio del termine.

ART. 47 – SEDE DELL’ARBITRATO E ETÀ ASSICURABILE

1) Cosa si intende per sede dell’arbitrato? La città o la sede dell’Istituto di medicina legale più vicina all’assicurato, ovvero la residenza indicata in polizza?

RISPOSTA: rileva la residenza dichiarata dall’assicurato, anche se diverso dal contraente.

2) Tenendo anche conto degli "Esiti della pubblica consultazione", l'ISVAP riterrebbe tassativa l'applicazione di detto articolo anche a tipologie di contratti (vedi polizze “cumulative infortuni”) dove la compagnia non conosce necessariamente l'età dei singoli soggetti posti in copertura. Questa disposizione potrebbe poi applicarsi per analogia anche a quelle polizze, nelle quali si assicura il "nucleo familiare" del contraente, senza conoscerne l'esatta composizione, in cui attualmente è fissato un limite di età oltre il quale gli assicurati, di cui non si conosce ex ante la data di nascita, automaticamente escono dalla garanzia (si fa affidamento per questo allo stato di famiglia al momento del sinistro). Alla luce del suddetto articolo si chiede come comportarsi in relazione a tali fattispecie.

RISPOSTA: le polizze del nucleo familiare stipulate dopo il 1° dicembre dovranno rispettare la nuova previsione. Quanto a quelle in corso a detta data, vale il secondo periodo del comma 2 dell’art. 47.

ART.49 – RESTITUZIONE DEL PREMIO

1) Si chiede di valutare se sia corretto interpretare che la norma non si applica alle polizze emesse precedentemente al 1° dicembre 2010 sulle quali si siano effettuate variazioni di vincolo connesso ad un finanziamento o modifiche di beneficio a favore di una banca successivi a tale data.

RISPOSTA: se i contratti di assicurazione sono stati emessi prima dell’entrata in vigore della nuova disciplina, questa non si applica, come precisato dall’art. 56 e dal Prospetto riepilogativo dell’ambito di applicazione, purchè le variazioni o modifiche citate nel quesito non siano tali da configurare di fatto una trasformazione del contratto.

2) È legittimo che la compagnia ponga un limite di tempo (in ogni caso, congruo) per l’esercizio della facoltà concessa al debitore/assicurato dal comma 2 dell’articolo e di prevedere che, trascorso tale termine, la copertura sia estinta? In effetti, al proposito, l’Istituto ha precisato (pagina 28 degli Esiti) che la scelta deve essere fatta “in sede” di estinzione o portabilità ma solo al fine di negare che la scelta potesse essere anticipata al momento di stipulazione del contratto.

RISPOSTA: va fatto riferimento alla precisazione già fornita dall’ISVAP negli esiti della consultazione e richiamata nel quesito, secondo la quale la facoltà concessa al

debitore/assicurato deve essere esercitata contestualmente all'estinzione o alla surroga del mutuo o di altro finanziamento.

3) Il comma 2 prevede che il debitore/assicurato, anche in seguito all'estinzione anticipata o al trasferimento del finanziamento, possa esercitare la facoltà di richiedere la continuazione della copertura 'a favore del nuovo beneficiario'. Poiché, però, l'articolo 52 del Regolamento impedisce all'intermediario del contratto assicurativo in forma individuale o collettiva di essere anche beneficiario delle relative prestazioni, non vi è motivo di prevedere che l'assicurato indichi necessariamente un nuovo e diverso beneficiario: il debitore /assicurato potrebbe infatti, in primo luogo, desiderare di mantenere la copertura a proprio beneficio e, inoltre, salvo il caso di trasferimento del mutuo (in cui pare comprensibile la volontà dell'Istituto di garantire l'indicazione del beneficio a vantaggio del nuovo prestatore del mutuo/finanziamento), dovrebbe restare legato ad eventuali vincoli contrattuali apposti sulla designazione del beneficiario. Alla luce di quanto precede si può intendere il comma in oggetto nel senso che la copertura assicurativa può continuare sino a scadenza, eventualmente, nel caso di trasferimento del mutuo, con modifica del beneficio a favore del nuovo prestatore del mutuo/finanziamento?

RISPOSTA: l'interpretazione è ragionevole e salvaguarda gli obiettivi che la disposizione si prefigge.

4) In caso di polizza incendio e furto, venduta contestualmente all'erogazione di un "Prestito Auto", se il finanziamento viene estinto anticipatamente, deve essere prevista la restituzione del premio o può la polizza rimanere in vita? Per tali tipologie di contratto deve essere predisposta una nota informativa specifica da inserire nel Fascicolo informativo, con indicazione della "quota parte percepita in media dall'intermediario, espressa sia in valore assoluto che percentuale", oltre alle indicazioni analitiche dei costi già previsti sul contratto ?

RISPOSTA: la fattispecie è assoggettata sia alle nuove disposizioni sul Fascicolo informativo sia alle disposizioni specifiche per le polizze connesse a mutui/finanziamenti.

ART. 50 – TRASPARENZA DEI COSTI

1) Si interpreta che l'articolo non si applichi quando l'intermediario (ad es. agente) non è l'ente vincolatario finanziatore. Si chiede conferma.

RISPOSTA: l'applicazione dell'art. 50 non dipende dalla tipologia di intermediario ma dalla sussistenza della connessione tra il mutuo o altro contratto di finanziamento e la polizza. In linea generale, la connessione sussiste, come precisato dall'ISVAP negli esiti della consultazione in risposta ai quesiti sui commi 7 e 8 dell'art. 30, quando la sottoscrizione della polizza assicurativa avviene in occasione della sottoscrizione del mutuo o di altro finanziamento ed è funzionale all'erogazione di quest'ultimo (per esempio, nel caso in cui la banca eroghi il mutuo e stipuli contemporaneamente il contratto di assicurazione anche non essendo vincolataria).

2) L'articolo impone l'obbligo di riportare in Nota informativa per i contratti connessi a mutui e ad altri finanziamenti tutti i costi a carico del contraente, con indicazione della quota percepita in media dall'intermediario, espressa sia in valore assoluto che percentuale. Inoltre, per i contratti in forma collettiva, impone di indicare anche i costi a

carico del debitore/assicurato con l'indicazione della quota percepita in media dall'intermediario espressa sia in valore assoluto che percentuale. Nel caso in cui nel contratto in forma collettiva l'onere del premio sia interamente a carico del debitore/assicurato è necessario riportare due volte la stessa informazione (una per il contraente ed una per il debitore/assicurato)?

RISPOSTA: No, fatta salva l'indicazione di eventuali costi comunque a carico del contraente.

3) Quesiti sul significato e l'interpretazione del concetto di concetto di "connessione":

a. la norma prevede l'indicazione dei costi di distribuzione per i contratti "connessi" a mutui o ad altri finanziamenti. Si interpreta che la norma sia senza dubbio applicabile ogni volta che il contratto assicurativo sia distribuito contestualmente al prodotto finanziario. Ci si chiede se la norma debba però essere estesa a tutti quei casi nei quali la polizza è senz'altro "connessa" al finanziamento (ad esempio perché lo richiama espressamente in un'appendice di vincolo), ma in realtà la stipulazione della stessa è avvenuta al di fuori del collocamento del prodotto finanziario, ad esempio quando la polizza incendio preesiste rispetto alla stipulazione del mutuo e solo in seguito a tale stipulazione viene vincolata in favore dell'istituto di credito; o ancora, nel caso in cui il mutuo viene contratto in banca mentre la polizza viene stipulata attraverso un'agenzia, che non ha alcun rapporto con la banca, e la polizza viene quindi vincolata in favore della banca;

b. si chiede di chiarire se per la sua individuazione ci si possa riferire alla nozione di "collegamento tra contratti" individuata dalla giurisprudenza, secondo la quale "il collegamento tra contratti è un meccanismo attraverso il quale le parti perseguono un risultato economico complesso che viene realizzato attraverso una pluralità coordinata di contratti, concepiti funzionalmente e teleologicamente come fra loro collegati, sì che le vicende che investono l'uno possono ripercuotersi sull'altro, seppur non necessariamente in funzione di condizionamento reciproco e ben potendo accadere che uno soltanto sia subordinato all'altro ma non anche viceversa" (cfr Cass. 13164 del 5/6/2007). Accedendo a tale interpretazione, dovrebbe pertanto potersi sostenere che solo i prodotti "funzionalmente" collegati ai finanziamenti e a tal fine realizzati dalle Imprese ricadano nell'ambito della nuova disciplina, dovendosi intendere per tali i contratti assicurativi strumentalmente volti a consentire al soggetto che ha concesso il finanziamento una migliore realizzazione del suo diritto alla restituzione del prestito, sia in termini di effettiva garanzia dell'eventuale mancato pagamento, sia anche indirettamente garantendo l'indennizzo del bene finanziato;

c. Si ritiene che per polizze connesse a mutui si intendano tutte quelle polizze la cui sottoscrizione è legata alla stipula dei mutui, in quanto contenute all'interno dello stesso contratto di mutuo od in quanto proposte insieme alla sottoscrizione di mutuo, ancorché accessorie o su documento separato. Si chiede se abbia rilievo anche il criterio della contestualità della vendita della polizza. Ad esempio, se la banca vende ad un cliente una polizza vita (TCM) e dopo due anni le parti stipulano un contratto di mutuo a garanzia del quale la banca chiede di vincolare la polizza vita già esistente, si ricade nel divieto di cui all'art. 52? Cambia qualcosa se la banca percepisce ancora provvigioni su quella polizza o se invece ha già percepito tutto il compenso al momento della stipula della polizza?

d. si chiede di meglio specificare il concetto di "funzionalità" all'operazione di finanziamento effettuata: in particolare si chiede se devono essere considerate come funzionali anche le polizze non direttamente finalizzate a coprire il rischio di insolvenza,

ma anche altri rischi funzionali quali la garanzia di conservazione dell'immobile oggetto di mutuo o della res acquistata con il finanziamento;

e. si chiede di meglio specificare la definizione fornita nelle risposte alla pubblica consultazione: in particolare si chiede se in tale ambito possano essere considerate polizze connesse ai mutui/finanziamenti anche quelle che, sebbene "afferenti a coperture di rischi funzionali all'operazione di finanziamento effettuata, siano state stipulate non "in occasione della sottoscrizione dei contratti di mutuo/finanziamento", ma nel corso di durata degli stessi.

RISPOSTA: come già indicato dall'ISVAP negli esiti della consultazione in risposta ai quesiti sui commi 7 e 8 dell'art. 30, le polizze sono considerate connesse a mutui/finanziamenti quando sono stipulate in occasione della sottoscrizione degli stessi e sono afferenti a coperture di rischi funzionali all'operazione di finanziamento. La sussistenza della connessione va verificata specificamente caso per caso e non è possibile fornire una risposta esaustiva valida in maniera generalizzata. A mero titolo indicativo, nel primo caso di cui alla lettera a), il vincolo della connessione può essere escluso in funzione del tempo intercorso tra la vendita della polizza incendio e l'accensione del mutuo/finanziamento; nel secondo caso, tenendo anche conto di quanto detto in risposta ai quesiti precedenti sullo stesso articolo, quest'ultimo si deve considerare applicabile poiché anche se la polizza viene stipulata attraverso un'agenzia si realizza la connessione tra polizza e finanziamento.

4) È possibile chiarire il significato di 'portatori di un interesse alla prestazione' e la locuzione 'direttamente o tramite i loro aventi causa'?

RISPOSTA: le espressioni vanno lette congiuntamente, e alludono agli assicurati, direttamente portatori di un interesse, oppure, ad esempio, ai suoi familiari (coniuge, figli, ...).

5) Con specifico riguardo al punto relativo all'onere connesso al pagamento del premio, integra questo requisito il caso di una associazione che stipula una collettiva non richiedendo il pagamento specifico del premio ai propri associati ma facendolo rientrare nell'ambito dei servizi pagati tramite la tessera associativa annua?

RISPOSTA: anche se l'onere connesso al pagamento del premio è incluso all'interno di un contributo associativo, la norma trova applicazione.

6) Si chiede conferma che l'indicazione della quota parte dei costi (a carico del contraente e del debitore/assicurato) percepita in media dall'intermediario da esprimere in valore assoluto nella Nota informativa dei contratti collettivi debba essere rappresentata con riferimento ad uno o più esempi ritenuti significativi rispetto al portafoglio in essere.

RISPOSTA: l'impresa nella Nota informativa di tutte le polizze (individuali e collettive) riporta tutti i costi a carico del contraente e la quota parte degli stessi percepita in media dall'intermediario, espressa sia in valore assoluto che percentuale, in modo che tale quota sia coerente con quanto registrato nelle rilevazioni contabili o, in caso di nuovi prodotti, con le convenzioni di collocamento. Per le polizze collettive, l'impresa riporta in più nella Nota informativa i costi a carico del debitore/assicurato, anche qui indicando la quota parte degli stessi percepita dall'intermediario, sia in valore assoluto sia in valore percentuale, anche qui tenendo conto di quanto già contabilizzato in relazione al prodotto o, in caso di nuovo prodotto, di quanto

concordato nelle convenzioni di collocamento, eventualmente facendo ricorso per i livelli di premio medio a prodotti analoghi già commercializzati.

7) Nell'ambito delle polizze "connesse a mutui e finanziamenti" devono essere comprese anche le polizze non intermedie dall'ente finanziatore e non vendute contestualmente all'erogazione del mutuo o del finanziamento? Ad esempio :

- Contratto incendio intermediato da un agente, stipulato da una persona fisica ed avente ad oggetto la copertura incendio del fabbricato, con clausola di vincolo a favore dell'Istituto Bancario che ha erogato il mutuo e non ha nessun rapporto con l'agente;
- Contratto r.c auto intermediato da un'agente, stipulato da una persona fisica con clausola di vincolo a favore dell'ente erogatore del finanziamento, che non ha nessun rapporto con l'agente.

Tali contratti sono soggetti al disposto dell'art. 50?

RISPOSTA: la connessione, come precisato dall'ISVAP negli esiti della consultazione in risposta ai quesiti sui commi 7 e 8 dell'art. 30, si realizza se la copertura è sottoscritta in occasione della sottoscrizione di un mutuo/finanziamento e se è ad esso funzionale. Se l'agente, anche attraverso gli obblighi di comportamento previsti nella fase precontrattuale, quale ad esempio la verifica dell'adeguatezza del contratto offerto, constata che la copertura offerta è connessa ad un mutuo/finanziamento, occorre rispettare gli obblighi previsti per tale fattispecie, ivi inclusi gli obblighi di trasparenza dei costi previsti dall'articolo.

8) Con riferimento ai costi del debitore/assicurato da indicare nella Nota informativa dei contratti danni emessi in forma collettiva connessi a mutui e/o altri finanziamenti, ai sensi dell'art. 50 comma 1, si chiede di chiarire se, oltre alle eventuali spese di emissione/gestione/rimborso del premio e le provvigioni riconosciute all'intermediario, debbano indicarsi i caricamenti o comunque tutto ciò che l'impresa percepisce in aggiunta rispetto al premio puro (intendendosi come tale la componente del premio necessaria a fronteggiare i sinistri).

RISPOSTA: l'impresa deve far riferimento a tutti i costi applicati.

QUESITI SU ALTRE DISPOSIZIONI

ART. 51 – CONFLITTO DI INTERESSI

1) In considerazione della diversa formulazione dell'art. 29 della Circ. Isvap n. 551/D si chiede di chiarire se le disposizioni sancite dal presente articolo siano applicabili anche in caso di operazioni di capitalizzazione ex art. 2, co. 1 del D.lgs. 209/2005.

RISPOSTA: l'articolo, riguardando l'attività dell'impresa nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, si applica a tutti i prodotti vita, ivi inclusi i prodotti finanziari assicurativi, ed è esteso a partire dall'entrata in vigore del Regolamento anche ai prodotti danni.

2) L'articolo estende ai rami danni la normativa sui conflitti di interesse originariamente concepita per i rami vita. È possibile avere indicazioni per definire correttamente il perimetro dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti e per identificare fattispecie di conflitti di interessi nel ramo danni?

RISPOSTA: non risulta possibile formulare una risposta generale ed esaustiva, dal momento che l'identificazione dei potenziali conflitti di interesse non può che spettare a ciascuna impresa, sulla base dei criteri generali forniti dall'art. 51 e in relazione alle fattispecie che si presentano in concreto, da valutare caso per caso. A mero titolo di esempio, comunque da verificare nei dettagli del caso concreto, potrebbero verificarsi situazioni di conflitto d'interesse, con l'introduzione del regime obbligatorio di risarcimento diretto dei danni da circolazione stradale, nel caso in cui lo stesso assicuratore copra il rischio r.c.auto e presti anche la garanzia di tutela giudiziaria. Il contenuto di questa ultima garanzia, in tale eventualità, va correttamente impostato per evitare, ad esempio, che l'assicuratore nomini ai sensi della stessa come "medico legale" un proprio fiduciario, per assistere l'assicurato in una controversia legata a contestazioni sul risarcimento diretto dei danni subiti in un incidente dove la controparte sarebbe l'assicuratore stesso.

ART. 52 – MODIFICHE ALL'ARTICOLO 48 DEL REGOLAMENTO ISVAP N. 5 DEL 16 OTTOBRE 2006

Non sono riportati quesiti relativi a tale articolo, a seguito degli effetti della recente sentenza del TAR n. 33044/2010.

ART. 56 – ENTRATA IN VIGORE

1) Per quanto concerne i nuovi schemi dei fascicoli informativi, cosa si intende per "*Il presente Regolamento entra in vigore il 1° dicembre 2010 e si applica ai contratti posti in commercializzazione successivamente a tale data?*" I nuovi schemi vanno utilizzati per i prodotti nuovi e successivi al 1° dicembre 2010 (ed in questo caso gli altri sarebbero modificati al primo aggiornamento utile – cioè maggio 2011) oppure tutti i prodotti distribuiti al 1° dicembre 2010 vanno aggiornati con i nuovi schemi? Si interpreta che l'entrata in vigore il 1° dicembre 2010 non sia di impedimento ad un'anticipata applicazione del Regolamento prima di tale data. Si chiede conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA: L'articolo fa riferimento ai contratti, non ai prodotti. Pertanto, tutti i nuovi contratti che siano stipulati successivamente al 1° dicembre 2010 – che siano correlati a prodotti vecchi o nuovi non rileva – debbono rispettare il nuovo regolamento, ossia, in particolare, debbono utilizzare i nuovi schemi di informativa precontrattuale.

2) Con riferimento alla consegna del Fascicolo informativo, si interpreta che al cliente che sottoscriva un modulo di proposta/adesione di un contratto vita in data anteriore al 1° dicembre sia corretto consegnare solo il Fascicolo informativo redatto ancora secondo le disposizioni della Circolare 551, ancorché il contratto si concluda successivamente al 1° dicembre. In tal caso, infatti, il contratto dovrebbe essere considerato come posto in commercializzazione anteriormente a tale data, Si chiede conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA: l'art. 56 si riferisce volutamente ai contratti "posti in commercializzazione", per cui l'interpretazione proposta appare corretta.

3) L'articolo prevede che l'Art. 11 "Aggiornamento dei documenti precontrattuali" e il comma 6 dell'art. 4 "Documentazione e pubblicazione sul sito internet" si applichino anche

ai contratti post Circolare 551, in realtà già commercializzati. In relazione a quanto sopra si richiedono i seguenti chiarimenti: 1) Se l'aggiornamento può riguardare esclusivamente la Scheda Sintetica e, nello specifico, unicamente la tabella dei dati storici poiché la 551 non prevedeva l'indicazione del margine di solvibilità né l'indicazione in Nota informativa della quota parte percepita dagli intermediari. 2) Se l'aggiornamento dei dati storici può essere effettuato mediante pubblicazione di un file separato dal fascicolo, posto con apposita avvertenza prima dell'accesso al singolo prodotto. Ogni anno si provvederà così esclusivamente alla sostituzione del file relativo al confronto dei dati storici e non verrà modificato il Fascicolo informativo a suo tempo commercializzato. In tal modo si intende garantire la reperibilità invocata da Isvap dei documenti contrattuali e contemporaneamente assolvere all'obbligo di aggiornamento degli stessi. 3) Nell'art. 25 "obblighi informativi" sono richiamati gli articoli del Regolamento 35 da applicare ai prodotti di Ramo III e V. Si chiede conferma dell'interpretazione secondo cui l'art. 11 "Aggiornamento dei documenti precontrattuali" non sia da applicare ai Fascicoli Informativi di Ramo V (post Circolare 551 ante Regolamento Consob) e il comma 6 dell'Art. 4 "Documentazione e pubblicazione sul sito internet" non sia da applicare ai Fascicoli Informativi di Ramo III e V (post Circolare 551 ante Regolamento Consob).

RISPOSTA: il riferimento agli artt. 10 e 11 per i contratti post 551 non va considerato applicabile, essendo riferito all'informativa precontrattuale.

Né l'art. 11, né l'art. 4, comma 6, si applicano ai prodotti finanziario-assicurativi.

4) Nel Prospetto riepilogativo dell'ambito di applicazione è specificato che, in particolare, gli articoli di cui al Titolo I (Obblighi di informativa relativi ai prodotti assicurativi vita), Capo I (Informativa precontrattuale) del Regolamento si applicano ai nuovi contratti e ai.....; per nuovi contratti si intendono i contratti commercializzati successivamente alla data di entrata in vigore del Regolamento. Ciò premesso: è corretto interpretare che le nuove disposizioni si applicano a tutti i contratti emessi dopo l'1 dicembre 2010 indipendentemente dalla data di lancio/commercializzazione del prodotto cui i contratti si riferiscono e che pertanto ai sottoscrittori di tali contratti dovrà essere consegnato il nuovo Fascicolo informativo?

RISPOSTA: sì, si conferma che le nuove disposizioni si applicano a tutti i contratti emessi dopo il 1° dicembre 2010, indipendentemente dalla data di lancio/commercializzazione del prodotto cui i contratti si riferiscono, e che pertanto ai sottoscrittori di tali contratti dovrà essere consegnato il nuovo Fascicolo informativo.

5) Sulle polizze in corso possono essere emesse, in via generale, "appendici di variazione"; esse non modificano le scelte fondamentali, già effettuate, della polizza in essere né il numero di repertorio della stessa, ma comportano variazioni su uno o più elementi rispetto al contratto originale (ad esempio inseriscono una garanzia in più, o aumentano la somma assicurata di una garanzia già in corso). Se emesse dopo il 1° dicembre 2010 su polizze già in corso a tale data, tali posizioni devono essere considerate alla stregua di "contratti posti in commercializzazione successivamente al 1° dicembre", e pertanto soggette agli obblighi del Regolamento oppure no?

RISPOSTA: non è possibile generalizzare, ma la risposta dipende dalla portata delle modifiche, che potrebbero anche essere tali da dar luogo ad un fenomeno novativo, con conseguente applicazione della nuova normativa.

6) Nel Prospetto riepilogativo dell'ambito di applicazione è specificato che l'art. 4 comma 7, che riguarda le polizze collettive vita, si applica ai nuovi contratti e alle nuove convenzioni; con riferimento all'art. 30, invece, che riguarda le norme sulla documentazione dei prodotti danni, il Prospetto si riferisce solo ai "nuovi contratti". Si interpreta comunque che anche l'art. 30 si applichi ai nuovi contratti e alle nuove convenzioni, e si chiede conferma dell'interpretazione.

RISPOSTA: si conferma l'interpretazione.

QUESITI SUGLI ALLEGATI

ALLEGATO 1 – SCHEMA DI SCHEDA SINTETICA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

1) Si chiede se la modifica dei dati da rappresentare rispetto a quanto previsto dalla circolare 551/D (da rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni a "Rendimento medio dei titoli di Stato") comporti o meno la modifica dei dati comunicati da Isvap gli scorsi anni.

RISPOSTA: i dati rimangono quelli comunicati da ISVAP negli anni passati.

ALLEGATO 3 – SCHEMA DI NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

1) Con riferimento alle note 1 dell'Allegato 3, 4 e 6 dell'Allegato 4, 3 dell'Allegato 6, si chiede di chiarire se gli eventuali rappels/partecipazioni agli utili non devono essere considerati solo per i prodotti di nuova commercializzazione o anche per quelli la cui quota parte retrocessa ai distributori viene determinata sulla base delle rilevazioni contabili del precedente esercizio.

RISPOSTA: la precisazione vale in tutti i casi.

2) La parte percepita in media dagli intermediari deve essere indicata in % o in valore assoluto?

RISPOSTA: in valore percentuale, ad eccezione delle polizze connesse a mutui/finanziamenti per le quali va riportata anche in valore assoluto.

3) Il Punto 2. non è presente nello schema. Si chiedono chiarimenti.

RISPOSTA: trattasi di un refuso. Il punto 3 dello schema diventa 2 e così via.

4) Punto 3. Prestazioni: è sufficiente un semplice elenco della tipologia di prestazioni previste (es. prestazione in caso di decesso) e successivo rinvio per la descrizione alle condizioni?

RISPOSTA: sì.

5) La sezione "Informazioni sulla gestione interna separata" presente negli schemi di Nota informativa ex 551 può considerarsi eliminata?

RISPOSTA: per i contratti post 1° dicembre varrà il nuovo schema.

6) La disposizione in calce al par. 6 dello schema di Nota informativa (sia prodotti con partecipazione agli utili sia di puro rischio) prevede: "Avuto riguardo a ciascuna tipologia

di costo di cui al presente paragrafo, specificare ... la quota parte percepita in media dagli intermediari. In alternativa è consentito riportare un unico valore che indichi la quota parte ... con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto.”

L'ultimo periodo della nota a piè di pagina sembrerebbe contraddire parzialmente il tenore della norma restringendone notevolmente la portata. Infatti prevede che: “Il dato è riferito ai costi previsti nel caricamento di tariffa ...” Si chiede se, per determinare la quota parte, siano da considerare anche eventuali commissioni percepite dagli intermediari sulle voci di costo diverse da quelle di cui al par. “6.1.1 Costi gravanti sul premio”

RISPOSTA: occorre considerare tutti i costi previsti dal prodotto.

7) All. 3 e 4, par. 7: Si chiedono chiarimenti in ordine alla diversa formulazione nei due allegati del paragrafo “sconti”

RISPOSTA: in realtà nulla cambia rispetto agli schemi in uso, dove occorre indicare l'eventualità di sconti previsti dal prodotto, le categorie generali di clientela cui gli stessi sono riservati e le relative condizioni di applicazione.

8) Punto 6 – Costi gravanti direttamente sul contraente: Si chiede se la quota parte percepita in media dagli intermediari possa essere rappresentata come percentuale del premio o debba invece essere rappresentata come percentuale del totale dei costi.

RISPOSTA: la quota parte va indicata in funzione dei costi complessivi.

9) In riferimento alle modalità di determinazione della quota parte retrocessa in media ai distributori, ISVAP stabilisce che i dati debbano essere desunti dall'ultimo bilancio approvato. Tuttavia, alcune tariffe prevedono il riconoscimento delle provvigioni precontate, interamente spesate nell'esercizio di competenza. Pertanto, è ipotizzabile l'utilizzo della quota di ammortamento annua desunta dalla nota tecnica al fine di determinare il flusso commissionale del prodotto? Se no, questi valori di bilancio come devono essere utilizzati per rappresentare correttamente il flusso commissionale relativo al prodotto, in modo da rispettarne la quadratura?

RISPOSTA: la quota parte da indicare non deve risultare meramente dal rapporto tra le provvigioni indicate a bilancio e i costi complessivi del prodotto, ma riflettere in media, tenendo conto dell'arco di tutta la durata contrattuale, il rapporto tra, al denominatore, tutti i costi a qualsiasi titolo (diretti e indiretti) previsti dal prodotto (sia già applicati che da applicare) e, al numeratore, le provvigioni riconosciute (o ancora da riconoscere) nel corso di tutta la durata contrattuale. I valori considerati devono inoltre essere attualizzati finanziariamente, in modo da essere resi coerenti dal punto di vista del “time value of money”, ossia in altre parole omogenei rispetto al loro “potere d'acquisto”, potendo ovviamente determinarsi anche dopo molti anni rispetto a quello di valutazione. I valori utilizzati al fine di tale calcolo devono trovare riscontro nel bilancio dell'impresa, per cui questa dovrà dotarsi di riconciliazioni extra-contabili per essere in grado di dimostrare che il calcolo effettuato, pur riguardando l'evoluzione del prodotto in un arco temporale più ampio (tutta la sua durata) rispetto al bilancio, è coerente con le provvigioni contabilizzate.

ALLEGATO 4 - NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI PURO RISCHIO

1) Nel caso di polizze in forma collettiva in cui il premio è integralmente a carico degli assicurati e non sussiste alcun costo gravante sul contraente è lecito non esporre alcun

costo e quindi nemmeno quello della visita medica eventualmente richiedibile dall'assicurato ed effettuata da medici della Compagnia?

RISPOSTA: nei casi in cui la Nota informativa va consegnata al debitore/assicurato, la stessa è redatta avendo riguardo a quest'ultimo, illustrando quindi i costi a carico del debitore/assicurato. Ciò sembra confermato dai paragrafi contenuti nel punto 6 richiamato, dove vanno appunto indicati i costi gravanti sul premio (ossia ad esempio i caricamenti previsti dal premio versato dal debitore/assicurato). Con riferimento al costo per la eventuale visita medica, se esso è a carico del cliente (assicurato), in Nota informativa va indicato il costo e va specificato che, se come esemplificato la visita medica è richiedibile e quindi non sempre richiesta, tale costo è previsto in via eventuale.

2) La quota parte percepita in media dall'intermediario e indicata al punto 6 (Costi) di tale allegato è distinta da quella prevista all'allegato 4, punto 4 (Premi)?

RISPOSTA: la natura del dato è la stessa, ma il punto 4 si riferisce solo alle polizze connesse a mutui e altri contratti di finanziamento (quindi per le altre polizze non va qui rappresentato) e va indicato sia in valore assoluto che percentuale, mentre il punto 6 è applicabile a tutti i contratti vita di puro rischio.

3) Con riferimento alla quota parte percepita in media dagli intermediari, relativamente alla frase "In alternativa è consentito riportare un unico valore che indichi la quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto", è corretto interpretare tale disposizione nel senso che l'intero flusso commissionale relativo al prodotto si riferisca all'intera vita del prodotto? Così facendo si ha un dato stabile nel tempo della quota parte percepita in media dagli intermediari e più rispondente alla realtà. Se invece anche per l'intero flusso commissionale relativo al prodotto si applicasse la nota 1 (dell'allegato 3) o 6 (dell'allegato 4), la quota parte dovrà essere determinata sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio dell'impresa di assicurazione (ad eccezione del primo anno di commercializzazione) con la conseguenza che la stessa cambierà di anno in anno

RISPOSTA: sì, è corretto interpretare che l'intero flusso commissionale si riferisca all'intera vita del prodotto, valutando opportunamente i flussi commissionali secondo un corretto tasso di attualizzazione. A tal riguardo, l'impresa anche in coerenza con le ipotesi sottostanti alla metodologia di calcolo del CPMA può far riferimento per i prodotti rivalutabili al tasso di rendimento finanziario individuato dall'ISVAP (attualmente pari al 4%), e per gli altri prodotti al maggiore tra il tasso tecnico e il tasso garantito. La nota 1 dell'allegato 3 non appare in contraddizione con tale impostazione, nel senso che l'impresa non deve meramente utilizzare il dato di bilancio, rapportando le spese per provvigioni dell'anno ai costi corrispondenti ai premi e alle altre commissioni riportati a bilancio (a meno che non si tratti di prodotti vita di puro rischio a premio unico, in cui generalmente tutti i costi – inclusi nei premi - e tutte le provvigioni trovano riscontro nello stesso esercizio in cui gli stessi prodotti sono commercializzati), ma per la generalità dei prodotti deve rapportare tutte le provvigioni (anche quelle eventualmente differite, come ad esempio le provvigioni di incasso) a tutti i costi relativi all'intera vita del prodotto, e indicare tale rapporto nell'informativa. Dopodiché, l'impresa deve essere in grado di dimostrare, mediante opportune riconciliazioni extra-contabili, che la quota parte indicata nell'informativa è coerente con le spese per provvigioni riportate a bilancio (ovvero,

per i nuovi prodotti, con i budget previsionali), e se necessario, adeguare tale valore in occasione degli aggiornamenti annuali dell'informativa precontrattuale. Si ricorda che la metodologia è, in via generale, già nota al settore in quanto del tutto analoga a quella già in vigore per i prospetti d'offerta dei prodotti finanziari assicurativi.

4) Si interpreta, con riferimento al punto 6.1.1 "Costi gravanti sul premio", che nel caso in cui la visita medica possa essere effettuata presso un medico o una struttura scelti liberamente dall'assicurato, debba essere riportata un'avvertenza sugli eventuali oneri a carico del cliente senza precisare - in quanto impossibile - i costi minimi e massimi.

RISPOSTA: si conferma l'interpretazione.

5) Punto 4 Premi, nota 4 rappels e partecipazione agli utili su prodotto specifico e punto 6 Costi gravanti direttamente sul contraente. Nel caso di polizze in forma collettiva in cui il premio è integralmente a carico degli assicurati e non sussiste alcun costo gravante sul contraente è lecito non esporre alcun costo?

RISPOSTA: se non è previsto alcun costo per il contraente la Nota informativa rifletterà il fatto che non è previsto alcun costo a suo carico, ferma restando per i contratti connessi a mutui o finanziamenti la necessità di indicare nel punto 4 i costi a carico dei debitori/assicurati e la quota parte percepita dagli intermediari. L'informativa sui costi dovrà comunque essere riportata nel modulo di adesione.

6) Il punto 18 dello schema di Nota informativa per i contratti di puro rischio che non prevedono l'invio dell'estratto conto annuale può essere eliminato?

RISPOSTA: sì.

7) Si chiede conferma delle soluzioni adottate per evidenziare in modo specifico i costi per visite mediche. Ad esempio "Avvertenza: in caso di capitali assicurati maggiori di xxxx euro è previsto che l'assicurato effettui a proprie spese una visita medica presso un medico indicato dall'impresa. Il costo è pari a xxx euro". Nel caso in cui, invece, l'impresa non intenda far visitare l'assicurato presso medici di propria fiducia si propone la seguente formulazione: "Avvertenza: in caso di capitali assicurati maggiori di xxxx euro è previsto che l'assicurato effettui a proprie spese una visita medica presso un medico da lui prescelto"

RISPOSTA: le soluzioni proposte sono in linea con la disposizione richiesta.

8) L'ultimo paragrafo del punto 6 dell'allegato n. 4 impone alle compagnie di specificare la quota parte percepita in media dagli intermediari 'avuto riguardo a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo'. Vorremmo conferma che le suddette tipologie di costo sono quelle definite al punto 6.1, ossia costi gravanti sul premio; costi per riscatto; costi per l'erogazione delle rendite; costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili.

RISPOSTA: vanno considerati tutti i flussi commissionali previsti dal prodotto nel corso della durata contrattuale.

ALLEGATO 6 - SCHEMA DI NOTA INFORMATIVA DANNI

1) Punto 6 Premi, nota 3: rappels e partecipazioni agli utili può essere sempre escluso dai conteggi relativi alla quota parte retrocessa in media all'intermediario?

RISPOSTA: nello schema è detto chiaramente che il dato non tiene conto di eventuali rappels e partecipazione agli utili.

2) Punto 3: si prevede che siano indicate sinteticamente le coperture assicurative previste dal contratto. Cosa va indicato in caso di contratto con deroghe alle condizioni di assicurazione? Ad esempio, qualora l'impresa offra una o più clausole speciali/particolari ad alcuni clienti (ad esempio, aziende, associazioni, professionisti, ecc.) rispetto al prodotto assicurativo "standard", qual è il corretto "modus operandi"?

RISPOSTA: in questi casi, si possono utilizzare appositi allegati integrativi rispetto alla Nota informativa "standard", da inserire nel Fascicolo a cura dell'impresa o dell'intermediario; in alternativa, l'impresa può selezionare e "targettizzare" a monte un limitato numero di prodotti da offrire alle diverse tipologie dei clienti in questione e quindi predisporre corrispondenti Note informative differenziate.

3) Punto 3: si prevede l'inserimento di una specifica 'Avvertenza' che indichi le limitazioni e le esclusioni alle coperture assicurative: a) Potrebbero essere i limiti di indennizzo? b) si ritiene necessario dover riportare interamente l'articolo delle condizioni relativo alle esclusioni previste?

RISPOSTA: 1) sì, anche i limiti di indennizzo sono ricompresi e se ci sono l'avvertenza dovrebbe richiamarli. 2) No, basta un rinvio.

4) Punto 3: nella stessa Avvertenza si parla anche di 'condizioni di sospensione'. Anche in questo caso cosa deve essere indicato esattamente tenuto conto che ai punti 4 e 5 dello schema stesso si parla già delle possibili 'limitazioni' a seguito di aggravamento e diminuzione del rischio e di dichiarazioni inesatte?

RISPOSTA: devono essere richiamate in questa sede le eventuali condizioni di sospensione individuate a priori dall'assicuratore nelle condizioni contrattuali (ad esempio, sospensione dell'assicurazione per disabitazione dell'abitazione per tot giorni).

5) Punto 3: si prevede l'inserimento di una specifica 'Avvertenza' che illustri il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante illustrazioni numeriche. Questo esempio numerico deve essere fatto per ciascuna garanzia oppure è sufficiente un esempio in generale? E se esistono deroghe?

RISPOSTA: gli esempi da riportare dipendono dal numero delle garanzie previste e dalla presenza di più o meno franchigie, scoperti, ecc. L'impresa individua gli esempi ritenuti sufficienti ad illustrare le caratteristiche essenziali del prodotto.

6) Punto 6: si prevede l'inserimento di una specifica 'Avvertenza' per indicare l'applicabilità di sconti 'eventuali'. Cosa si intende dire con questa richiesta? E' sufficiente dichiarare che il contratto potrebbe essere soggetto a sconti?

RISPOSTA: deve essere evidenziata la possibilità di praticare sconti, indicando l'esistenza di eventuali condizioni prefissate e generalizzate (ad esempio, convenzioni con particolari enti).

7) Punto 4: in relazione alle dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio, si richiede una specifica avvertenza sulla presenza di cause di nullità. E' possibile avere maggiori

chiarimenti su questo concetto di nullità, considerato che in tema di dichiarazioni inesatte o reticenti il codice civile parla di annullamento e non di nullità del contratto?

RISPOSTA: posto che il punto 4 tratta due “avvertenze” distinte (dichiarazioni precontrattuali e nullità), le ipotesi di nullità sono fissate sempre e comunque dalla legge (ad esempio, art. 167 CAP): occorrerà pertanto far rinvio agli eventuali articoli delle condizioni di assicurazione che, a loro volta, fanno rinvio alle disposizioni di legge che prevedono la nullità del contratto.

8) In alcune ipotesi di polizza collettiva la valutazione assuntiva dei rischi non viene effettuata sulla base delle dichiarazioni individuali degli assicurati, ma a monte con il contraente. Quindi il terzo assicurato non fornisce direttamente all’impresa aggiornamenti sullo stato del rischio (aggravamento/diminuzione). In questi casi ci si chiede come modificare o integrare il testo dello schema Isvap e se quindi l’obbligo di comunicare gli aggravamenti o diminuzioni del rischio dovranno essere comunicate dal contraente e non dall’assicurato (in considerazione di quanto previsto dall’art. 1894 c.c.).

RISPOSTA: è necessaria una integrazione “ad hoc” per le collettive.

9) Gli sconti, che se concessi devono essere oggetto di specifica “Avvertenza” in Nota informativa con indicate le condizioni di applicabilità, spesso sono a discrezione dell’intermediario, quindi un’esatta loro determinazione in Nota informativa è impossibile: è sufficiente indicare una generica possibilità di concedere sconti con invito, riguardo alle condizioni di applicabilità, ad interpellare l’intermediario?

RISPOSTA: si veda risposta ad analogo quesito sull’allegato 3.

10) In materia di arbitrato la facoltà di ricorrere sempre ed in ogni caso all’Autorità Giudiziaria, ora prevista in termini generali, si deve intendere operante per i soli consumatori (cfr. Codice del consumo) e non per gli altri soggetti, i quali liberamente possono pattuire la clausola compromissoria?

RISPOSTA: sì, non potendo essere la disciplina civilistica relativa ai “professionisti” derogata dallo schema ISVAP.

ALLEGATO 9 – SCHEMA DI NOTA INFORMATIVA CONTRATTO RCA

1) Gli allegati 7, 8 e 9, che rappresentano i modelli per la Nota informativa, spesso citano la frase: inserire una “Avvertenza”. Ciò significa che ogni volta bisognerà apporre la scritta “Avvertenza: si ricorda che...” oppure è sufficiente illustrare la frase con caratteri di particolari evidenza come previsto dall’articolo 31, comma 1 lett. c) del Regolamento?

RISPOSTA: la prima soluzione è quella corretta. I casi in cui invece occorre riportare caratteri di particolare evidenza sono esplicitamente specificati negli schemi.

2) Cosa intendono gli allegati 7, 8 e 9 quando scrivono “condizioni di sospensione” al punto 3 dell’allegato?

RISPOSTA: si intendono le condizioni per le quali la copertura assicurativa è sospesa, quali ad esempio il mancato pagamento del premio, ai sensi dell’articolo 1901 del Codice civile ovvero, nelle coperture furto abitazioni, la disabitazione per un determinato periodo di tempo. In particolare per l’assicurazione r.c.auto, oltre alle previsioni di legge, si intende far riferimento anche alle clausole meramente

convenzionali che accordano al contraente la possibilità di sospendere la copertura r.c.auto, qualunque sia il motivo della sospensione della circolazione del veicolo (ad es. per un viaggio all'estero), previa restituzione all'assicuratore dei documenti di legge (certificato, contrassegno ed eventuale carta verde).

3) Cosa si intende con il termine "estensioni" presente al punto 3.1 dell'allegato 9? La rinuncia alla rivalsa può essere un esempio di ciò ?

RISPOSTA: Sì.

4) E' possibile in Nota informativa rimandare al frontespizio di polizza per il valore numerico delle franchigie, dei massimali e scoperti?

RISPOSTA: Sì, è possibile.

5) Punto 11: con riferimento alle indicazioni del trattamento fiscale applicabile al contratto è sufficiente esplicitare l'aliquota relativa alle sole imposte o anche quella relativa al Servizio Sanitario Nazionale?

RISPOSTA: Pur non essendo il contributo SSN un'imposta, ma un onere parafiscale imposto ex lege sui premi dell'assicurazione r.c.auto, si ritiene corretta anche la indicazione dello stesso, a fini di trasparenza e completezza di informativa.