

Documento di consultazione n. 3/2014

SCHEMA DI REGOLAMENTO CONCERNENTE LA DEFINIZIONE DELLE MISURE DI SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE E DEGLI ADEMPIMENTI NEI RAPPORTI CONTRATTUALI TRA IMPRESE DI ASSICURAZIONI, INTERMEDIARI E CLIENTELA ANCHE IN ATTUAZIONE DELL'ART. 22, COMMA 15 BIS, DEL DECRETO LEGGE 18 OTTOBRE 2012, N. 179, CONVERTITO NELLA LEGGE 17 DICEMBRE 2012, N. 221.

Legenda

Nella riga "Commentatore" i singoli soggetti dovranno inserire la loro denominazione abbreviata.

Nella riga "Osservazioni generali" i singoli soggetti potranno inserire commenti di carattere generale.

Nelle colonne "Paragrafo" e "Riferimento" andranno inseriti, rispettivamente il paragrafo e l'aspetto cui si riferisce l'osservazione e la proposta di modifica.

Nella colonna "Contributi e proposte" andranno inserite i singoli contributi e le relative proposte di modifica. Il Commentatore inserirà in tale colonna l'eventuale richiesta, motivandone le ragioni, di pubblicazione del contributo in forma anonima.

Commentatore

Prof. Pierpaolo Marano – Professore Associato di Diritto delle Assicurazioni nell'Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Milano

Osservazioni generali

Queste osservazioni attengono all'impianto concettuale della proposta di regolamento e non sono riferite a specifiche disposizioni in essa contenute. Sono fornite all'autorità con spirito di collaborazione rilevando la non aderenza di tale impianto rispetto alle disposizioni del codice delle assicurazioni, alla cui redazione ho contribuito.

La previsione legislativa che è espressamente evocata dalla bozza di regolamento, ossia l'art. 22, comma 15*bis*, d.l. 179/2012 convertito, con modificazioni, nella legge 221/2012, deve essere coordinata – a mio avviso - con il disposto dell'art. 183, commi 2° e 3°, cod.ass.

Le richiamate disposizioni del codice, infatti, prescrivono espressamente all'autorità di vigilanza di disciplinare le regole di comportamento che le imprese e gli intermediari assicurativi devono osservare nei rapporti con i contraenti, in modo che l'attività si svolga con correttezza e adeguatezza rispetto alle <<*specifiche esigenze dei singoli*>>. A tal fine, l'autorità dovrà tener conto delle differenti esigenze di protezione dei contraenti e degli assicurati, nonché della natura dei rischi e delle obbligazioni assunte dall'impresa. In particolare, deve individuare le categorie di soggetti che non necessitano, in tutto o in parte, della protezione riservata alla clientela non qualificata determinando modalità, limiti e condizioni di applicazione delle medesime disposizioni nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti di assicurazione dei rami danni, in considerazione delle particolari caratteristiche delle varie tipologie di rischio. Siccome l'art. 120, comma 5°, cod.ass. esclude gli intermediari di assicurazione che operano nei grandi rischi e nella riassicurazione dagli obblighi informativi, una prima conclusione è nel senso che le prescrizioni dettate dall'art. 183, commi 2° e 3° richiedono alla fonte regolamentare di differenziare sulle regole di comportamento inerenti ai rischi c.d. di massa, che dovranno essere distinte secondo predeterminate categorie di soggetti e tipologie di rischio.

Il criterio direttivo sancito dal codice, in definitiva, pretende che le norme regolamentari siano dirette a soddisfare effettivi bisogni di protezione, al fine di attenuare, se non di eliminare, le asimmetrie informative e cognitive tra imprese e intermediari, da un lato, e contraenti e assicurati, dall'altro, rispettando il principio di proporzionalità dettato dall'art. 191, comma 2°, cod.ass., che impone di adottare i regolamenti diretti a imprese e intermediari raggiungendo il fine <<*con il minor sacrificio per i soggetti destinatari*>>.

Tracciato il quadro normativo di riferimento, emerge come il richiamato art. 22, comma 15*bis* riguardi espressamente il <<*ramo assicurativo danni*>> e prescriva all'autorità di definire <<*misure di semplificazione delle procedure e degli adempimenti burocratici, con particolare riferimento alla riduzione degli adempimenti cartacei e della modulistica, anche favorendo le relazioni digitali, l'utilizzo della posta elettronica certificata, la*

firma digitale e i pagamenti elettronici e on-line>>. Tale norma esprime una sorta di “reazione” del legislatore rispetto a un quadro normativo di fonte regolamentare ritenuto non pienamente conforme ai menzionati principi del codice a causa di un eccesso di obblighi e formalità (: procedure e adempimenti) posti a carico dei soggetti vigilati, per come riconosciuto dalla stessa relazione che accompagna il documento in pubblica consultazione (v. pag. 2). Di talché l’obiettivo di semplificazione preteso dall’art. 22, comma 15*bis* è effettivamente realizzabile, se conforme ai menzionati criteri del codice delle assicurazioni che s’impongono sotto due profili.

In primo luogo, essi richiedono di distinguere tra i destinatari delle norme di protezione, in ordine sia alle loro caratteristiche soggettive (consumatori, imprese, professionisti), sia ai rischi (di massa) cui sono esposti. Questa distinzione, infatti, permette di definire l’informazione effettivamente necessaria per assumere in modo consapevole la decisione di sottoscrivere *quel* contratto (: con quel rischio) da parte di un determinato contraente/assicurato, così realizzando una piena rispondenza del contenuto informativo prescritto a quello utile per il destinatario.

Inoltre, prescrivono di tener conto del tipo di relazione che il cliente stabilisce con gli intermediari che promuovono o concludono il contratto, stante il rilievo assunto dall’intermediazione assicurativa nei contratti c.d. di massa. Tali relazioni, infatti, influenzano in vario modo la decisione del cliente, ove si consideri che: (i) il broker agisce su incarico del cliente, (ii) l’agente agisce in nome o per conto di una o più imprese verso il cliente, (iii) gli operatori di bancassicurazione distribuiscono per conto di una o più imprese caratterizzandosi per l’instaurare una pluralità di rapporti con i loro clienti, che travalica l’ambito assicurativo.

Mancando una siffatta calibrazione dell’informativa pre-contrattuale e contrattuale, l’attuale proposta di “semplificazione” pare inevitabilmente in contrasto con le finalità stesse per le quali è adottata.

Per un verso, infatti, essa non incide sull’attuale tutela “indifferenziata” così perpetuando le situazioni in cui l’impresa e l’intermediario sono tenuti a predisporre e consegnare il modello 7B e l’intero fascicolo informativo (: glossario, nota informativa e la prevista scheda sintetica), ad es., per la copertura dal rischio incendio stipulata sia da una persona fisica per l’appartamento in cui vive, sia da una società con azioni negoziate nei mercati regolamentati per le sue sedi operative.

Per altro verso, postula che dalle condizioni di assicurazione si giunga alla novità della “scheda sintetica” dei rami danni passando attraverso la “nota informativa/glossario”. Questa semplificazione “per riassunti”, tuttavia, è ritenuta utile al cliente sia nell’ipotesi di contratti cui accedono clausole o garanzie predeterminate che non sono modificabili dall’intermediario, sia di contratti in cui le condizioni generali di assicurazione sono accompagnate da condizioni aggiuntive e particolari, frutto della concreta negoziazione tra l’impresa di assicurazione e il cliente per il tramite dell’intermediario cui quest’ultimo si è rivolto. All’evidenza, un contenuto informativo così congegnato non riflette le asimmetrie che vuole colmare risultando sproporzionato nel secondo caso, se non addirittura

inutile, rispetto alle finalità che si propone.

Sembra velleitario, inoltre, attendersi una riduzione dei premi richiesti per quegli “appositi prodotti assicurativi” che l’autorità auspica siano predisposti dalle imprese per riflettere i minori costi che dovrebbero sostenere a seguito delle proposte semplificazioni. Di là dalla difficoltà di scorgere un contratto di assicurazione che sia “apposito” – per il rischio coperto – rispetto alla (supposta) semplificazione di adempimenti e procedure inerenti a tutti i rischi di massa, è ragionevole dubitare sull’effettiva sussistenza di risparmi per le imprese di assicurazione scaturenti dalla diversa allocazione – dalla carta al formato pdf - della (medesima, se non maggiore) documentazione che gli intermediari devono consegnare e far sottoscrivere al cliente.

In conclusione, la proposta di semplificazione continua a trattare allo stesso modo delle fattispecie soggettive e relazionali in cui è differente l’asimmetria informativa e cognitiva del cliente che occorre colmare; essa andrebbe profondamente rimeditata assicurando quella calibrazione che è postulata dai principi dettati dal codice delle assicurazioni e affermata, da ultimo, dall’art. 22, comma 15*bis*. Una siffatta proposta, poi, dovrebbe essere supportata dall’analisi sull’impatto della regolamentazione prevista dall’art. 5 del Regolamento IVASS n. 3/2013 che, inspiegabilmente, manca nell’attuale versione posta in consultazione.

Un intervento dell’autorità che consideri quanto esposto, non è ostacolato da limitazioni all’esercizio della sua potestà normativa. Il termine di novanta giorni che è fissato dall’art. 22, comma 15*bis*, infatti, è meramente programmatico stante il periodo trascorso dall’entrata in vigore del d.lgs. 221/2012, né il contenuto della norma in questione pone limiti all’ambito della semplificazione, salvo limitarlo ai rami danni. Inoltre, l’autorità conserva il potere di emanare o adeguare i suoi regolamenti ai principi fissati dagli artt. 183 e 191 cod.ass.: principi che mi sono permesso di richiamare con il segnalato spirito di collaborazione che ritengo dovuto dall’accademia verso chi è chiamato al non facile dovere di compiere scelte di regolazione.

Contributi e proposte		
Paragrafo	Riferimento	



ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI

IVASS


