

RELAZIONE**REGOLAMENTO N. 24 DEL 19 MAGGIO 2008 CONCERNENTE LA PROCEDURA DI PRESENTAZIONE DEI RECLAMI ALL'ISVAP DI CUI ALL'ARTICOLO 7 DEL DECRETO LEGISLATIVO 7 SETTEMBRE 2005, N. 209 – CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE E LA PROCEDURA DI GESTIONE DEI RECLAMI DA PARTE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE.**

Il Regolamento attua l'articolo 7 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni private, disciplinando la procedura di presentazione dei reclami all'ISVAP; inoltre, in attuazione dell'articolo 5, comma 2, del Codice – che fonda un generale potere regolamentare dell'Autorità in vista della sana e prudente gestione delle imprese e della trasparenza e correttezza dei soggetti vigilati – e in linea di sostanziale continuità con quanto già previsto dalla circolare ISVAP n. 518/D del 21 novembre 2003, il Regolamento disciplina la procedura di gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione e, limitatamente alle imprese di assicurazione autorizzate in Italia, la tenuta del relativo archivio elettronico e gli obblighi di informazione nei confronti dell'Organo di Vigilanza.

La disciplina contenuta nel Regolamento persegue, infatti, l'obiettivo di contribuire ad introdurre, all'interno del mercato assicurativo, quella cultura della trasparenza e della correttezza comportamentale che, insieme alla sana e prudente gestione, rappresenta il paradigma operativo cui deve ispirarsi lo svolgimento dell'attività assicurativa: se infatti la sana e prudente gestione mira a garantire la stabilità e la solvibilità delle imprese assicurative e a prevenire crisi sistemiche, la trasparenza e la correttezza dei comportamenti sono strumenti imprescindibili per la strutturazione di un assetto concorrenziale dei mercati, essendo idonei a garantire il superamento di quelle "asimmetrie informative" che la scienza economica individua come ostacoli ad una libera e consapevole attività negoziale.

Da questo punto di vista, la presente regolamentazione della facoltà di presentare reclami intende promuovere un sistema nel quale, oltre alla possibile applicazione, da parte dell'Autorità di vigilanza di settore, di misure sanzionatorie nei confronti di condotte illecite realizzate dalle imprese di assicurazione e di riassicurazione, dagli intermediari e dai periti assicurativi, risulti altresì valorizzata la dimensione dialogica del rapporto tra assicuratore e assicurati e/o danneggiati. La corretta gestione delle relazioni intercorrenti tra imprese di assicurazione e propri clienti, o soggetti terzi che entrano in contatto qualificato con le prime, può avere ricadute positive sul funzionamento del mercato e sulla qualità dei servizi erogati e dei prodotti offerti, stimolando l'attivazione di processi di auto-correzione e di reciproca informazione.

L'ampia titolarità della facoltà di proposizione dei reclami, sancita dal Codice e qui esplicitata, mira a garantire un accesso diffuso alla tutela assicurata per il tramite degli stessi, in vista della protezione di interessi non solo strettamente individuali, ma anche meta-individuali e collettivi, di sempre più frequente emersione in ogni settore dell'esperienza economico-sociale.

In questa prospettiva e in attuazione del dato legislativo primario, la presente disciplina intende sollecitare le formazioni operanti nel campo della tutela dei consumatori e degli utenti all'assunzione di un ruolo sempre più propositivo e dinamico nei confronti dell'Autorità di vigilanza, nella consapevolezza che molte problematiche dell'attuale mercato assicurativo richiedono sempre più, per la loro soluzione, la partecipazione dei vari *stakeholder* che

insistono sul quel mercato. La coltivazione di tale funzione di stimolo da parte degli utenti, in forma individuale o collettiva, può contribuire non poco all'esercizio, da parte di quest'Autorità, sia di poteri di *moral suasion*, sia di più incisivi interventi di vigilanza, a presidio di interessi di primario rilievo nella moderna economia.

Pur non risultando titolare di quei poteri di *adjudication* che caratterizzano altre esperienze ordinamentali, quest'Autorità ritiene, infatti, che gli utenti del mercato assicurativo possano trarre vantaggi, ad esempio in termini deflattivi del possibile contenzioso, dall'instaurazione di un sistema imperniato sulla rappresentazione delle doglianze, inerenti al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri di cui siano parte, e sul conseguente tempestivo riscontro alle medesime; riscontro che, ovviamente, è destinato ad assumere particolare significatività, dal punto di vista della soddisfazione delle istanze dell'utente, laddove provenga dagli operatori interessati.

Nel dettaglio, il Regolamento si compone di quattro Capi.

Il Capo I contiene le disposizioni di carattere generale, comprendenti il richiamo delle norme fondanti il potere regolamentare esercitato (articolo 1), la definizione delle espressioni usate nel testo (articolo 2), nonché l'ambito di applicazione del Regolamento (articolo 3).

Il Capo II, dedicato alla gestione dei reclami da parte dell'ISVAP, si apre con le norme che individuano l'ambito di competenza dell'Autorità con riferimento a quelle ipotesi di reclamo suscettibili di attivare l'esercizio delle sue funzioni di vigilanza sul mercato assicurativo (articolo 4, comma 1); da tale ambito restano escluse quelle fattispecie che attingono la competenza di altre Autorità amministrative, secondo il riparto di competenze legislativamente definito, o dell'Autorità giudiziaria (articolo 4, comma 2).

Viene, quindi, definito il contenuto minimo del reclamo (articolo 5), in modo da consentire agli utenti un rapido accesso a tale forma di tutela senza pregiudicare la necessaria disponibilità, da parte dell'Autorità, di un quadro informativo minimo per l'avvio della sua attività istruttoria.

L'articolo 6 disciplina la gestione dei reclami da parte dell'Autorità ispirandosi a criteri di trasparenza nello svolgimento delle attività istruttorie e nella tempistica di trattazione dei reclami.

L'esistenza del mercato interno dei servizi finanziari è alla base delle disposizioni che affidano alla rete FIN-NET la possibile risoluzione extra-giudiziale di controversie transfrontaliere tra consumatori e imprese di assicurazione (articolo 7).

Passando alla considerazione del Capo III, che disciplina la gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione, l'impatto che tale regolamentazione è destinata a sortire sulle loro economie appare contenuto perché trattasi, per ampi aspetti, di un consolidamento della disciplina già posta dalla circolare ISVAP n. 518/D del 21 novembre 2003.

Le prescrizioni indirizzate alle Compagnie in tema di individuazione, all'interno della struttura aziendale esistente, di una funzione preposta alla gestione dei reclami, di connessa attività di *reporting* agli organi di amministrazione e controllo e all'Autorità di Vigilanza e di alimentazione dell'archivio elettronico dei reclami segnano la scelta di un mantenimento delle linee essenziali già tracciate dalla Circolare citata.

In particolare, si è ritenuto di conservare per tale archivio la natura di *database elettronico*, considerata più confacente alle esigenze di tracciatura ed aggiornamento delle singole posizioni di reclamo. Diversamente, le modalità di conservazione previste dalle disposizioni dell'articolo 101, comma 4, del Codice delle Assicurazioni e dall'emanando Regolamento ISVAP di attuazione si applicheranno ad un apposito registro dei reclami nel quale saranno

riportati i prospetti statistici e le relative relazioni predisposte dal responsabile dell'*Internal auditing*.

Nello stesso senso, il sistema di comunicazioni con l'Autorità di vigilanza, necessario ai fini dell'individuazione di settori ed aree maggiormente oggetto di doglianza, ha avuto già modo di tradursi in una migliore capacità di valutazione dei profili di rischio insiti nell'attività delle imprese e in una più pronta azione correttiva nei casi in cui l'inadeguatezza della struttura dedicata alla gestione del rapporto con gli assicurati/danneggiati abbia provocato una dilatazione dei tempi di trattazione, ovvero abbia dato luogo a comportamenti non corretti sia sul piano delle procedure che del merito.

Quanto all'ambito di applicazione soggettiva, il Regolamento spiega la sua efficacia nei confronti di tutte le imprese di assicurazione autorizzate in Italia nonché, limitatamente ad alcune norme (articoli 8 e 10), anche a quelle comunitarie operanti in Italia.

La limitazione di efficacia alle sole imprese autorizzate in Italia delle prescrizioni in tema di tenuta dell'archivio dei reclami e di connesse informazioni all'Autorità di settore (articolo 9) riposa sulle previsioni primarie che, vertendo in tema di vigilanza prudenziale, sono coerenti con il c.d. principio dell'*home country control* che governa il riparto di competenze di vigilanza tra Autorità di settore dell'Unione europea o dello Spazio economico europeo.

Il Capo IV, infine, ospita le norme di chiusura, relative all'abrogazione della precedente disciplina (articolo 11) ed alla pubblicazione ed entrata in vigore delle nuove disposizioni (articoli 12 e 13), che è stata prevista a partire dal 1° gennaio 2009 per quanto riguarda gli adempimenti a carico delle imprese, sia sotto il profilo della istituzione di una specifica funzione aziendale per la gestione dei reclami, che anche per la catalogazione dei reclami medesimi e la compilazione dei prospetti statistici secondo le nuove regole. In tal modo si è tenuto conto dell'impatto organizzativo sul mercato e dell'esigenza di disporre di dati annuali omogenei.

In definitiva, i vantaggi per gli assicurati in termini di possibile riduzione dei tempi e dei costi nel conseguimento delle prestazioni e/o delle informazioni da essi appetite e i ridotti costi di *compliance* gravanti sulle imprese contribuiscono a ritenere che la normativa così introdotta possa incrementare trasparenza e correttezza del mercato, senza apprezzabili sacrifici in danno delle imprese, in omaggio al principio di proporzionalità.

Roma, 19 maggio 2008