



Berna, 14 novembre 2018

Procedura di consultazione concernente la modifica della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA)

Rapporto esplicativo

Compendio

La legge federale sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (LSA) disciplina, dal 2006, la sorveglianza esercitata dalla Confederazione sulle imprese di assicurazione e sugli intermediari assicurativi. Sinora sono stati apportati adeguamenti mirati alla LSA. Con il presente progetto posto in consultazione si intende adeguare la LSA alle mutate circostanze e agli sviluppi intervenuti negli ultimi anni in merito a tematiche specifiche.

Situazione iniziale

Dall'introduzione della LSA, è emersa l'esigenza di apportare alcune modifiche in determinati ambiti della legge. A differenza di quanto avviene nel settore bancario, per le imprese di assicurazione la LSA non prevede sinora una regolamentazione specifica del risanamento. Dalla prassi è inoltre emersa l'esigenza, per le imprese di assicurazione i cui clienti rientrano nella categoria dei professionisti, di concedere agevolazioni in merito alla sorveglianza conformemente al principio di proporzionalità. Nel quadro dei lavori legislativi riguardanti la legge sui servizi finanziari (LSerFi), il Parlamento ha infine deciso che gli obblighi di condotta sanciti nella LSerFi non possono essere applicati direttamente alle imprese di assicurazione, bensì devono essere inseriti nella LSA.

Contenuto del progetto

La LSA dovrà includere, quindi, una regolamentazione del risanamento che consenta alle imprese di assicurazione di essere eventualmente risanate senza essere liquidate direttamente. Questo aspetto tiene conto, in particolare, degli interessi degli stipulanti in caso di crisi. In secondo luogo, e per la prima volta almeno nello spazio europeo, viene introdotta nel diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori una categorizzazione dei clienti che permette alle imprese di assicurazione di beneficiare di agevolazioni in particolare nel caso in cui i loro partner contrattuali sono rappresentati unicamente da clienti professionisti, che non necessitano di particolare protezione. Le imprese che, salvaguardando la protezione degli assicurati, adottano particolari modelli aziendali improntati all'innovazione e alla sostenibilità dovranno poter essere addirittura completamente esonerate dalla sorveglianza. In terzo luogo, in adempimento del mandato del Parlamento, per gli intermediari assicurativi sono introdotti obblighi di condotta analoghi a quelli sanciti nella LSerFi per quanto riguarda la vendita di prodotti assicurativi con carattere di investimento. Parallelamente, alla legge sono state apportate modifiche di minore portata che si sono rivelate opportune nel corso dei lavori. Dal punto di vista formale, l'introduzione dei titoli delle sezioni ha conferito alla LSA una struttura più chiara che ha migliorato notevolmente la leggibilità del testo di legge.

Indice

1	Situazione iniziale	4
1.1	Necessità di agire e obiettivi	4
1.2	Rapporto con il programma di legislatura e con le strategie del Consiglio federale	4
1.2.1	Rapporto con il programma di legislatura	4
1.2.2	Rapporto con le strategie del Consiglio federale	4
2	Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo	5
3	Punti essenziale del progetto	5
3.1	La normativa proposta	5
3.1.1	Risanamento delle imprese di assicurazione	5
3.1.2	Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti	7
3.1.3	Regole di condotta per gli intermediari assicurativi	7
3.1.4	Procedura di mediazione	8
3.1.5	Altre tematiche	9
3.2	Spiegazione e valutazione della soluzione proposta	10
3.2.1	Risanamento delle imprese di assicurazione	10
3.2.2	Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti	10
3.2.3	Regole di condotta per gli intermediari assicurativi	11
3.3	Attuazione	11
4	Commento ai singoli articoli	11
4.1	Legge sulla sorveglianza degli assicuratori	11
4.2	Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale	64
4.3	Legge del 22 giugno 2007 sulla vigilanza dei mercati finanziari	66
5	Ripercussioni	67
6	Aspetti giuridici	68
6.1	Protezione dei dati	68
6.2	Deleghe di competenze legislative nuove o modificate	68

1 Situazione iniziale

1.1 Necessità di agire e obiettivi

Prima del 2006, le regole in materia di sorveglianza delle imprese di assicurazione erano contenute in diverse leggi federali. Con la legge del 17 dicembre 2004¹ sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), entrata in vigore il 1° gennaio 2006, il diritto in materia di sorveglianza è stato accorpato in un unico atto legislativo. Da allora la LSA non è stata modificata, fatta eccezione per adeguamenti mirati in relazione ad altri progetti di legge (ad es. la legge del 22 giugno 2007² sulla vigilanza dei mercati finanziari, LFINMA). Nel corso del tempo la prassi ha dimostrato la necessità di apportare modifiche soprattutto in rapporto con il risanamento delle imprese di assicurazione, ma anche in altri ambiti. Tale necessità è illustrata di seguito.

1.2 Rapporto con il programma di legislatura e con le strategie del Consiglio federale

1.2.1 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto non è annunciato né nel messaggio del 27 gennaio 2016³ sul programma di legislatura 2015–2019 né nel decreto federale del 14 giugno 2016⁴ sul programma di legislatura 2015–2019.

L’inserimento di *una regolamentazione* del risanamento per le imprese di assicurazione – per le quali in caso di crisi sinora esisteva unicamente la possibilità di liquidazione – considerando gli sviluppi internazionali appare urgente, non solo nella situazione attuale dei tassi d’interesse, ma anche nell’ottica di una tutela adeguata degli interessi degli assicurati. Inoltre, nell’ambito dei lavori legislativi riguardanti la legge del 15 giugno 2018⁵ sui servizi finanziari (LSerFi), il Parlamento ha deciso che gli obblighi di condotta nella fornitura di servizi assicurativi debbano essere disciplinati nella LSA.

1.2.2 Rapporto con le strategie del Consiglio federale

La strategia del Consiglio federale in materia di politica dei mercati finanziari è orientata a tre obiettivi. Prima di tutto, le condizioni quadro devono rafforzare la competitività degli attori del mercato e far sì che il settore finanziario offra ai clienti prodotti di eccellente qualità, secondariamente il sistema finanziario deve rimanere stabile nell’insieme e, in terzo luogo, i clienti devono godere di una protezione adeguata.

La proposta di concedere agevolazioni alle imprese di assicurazione i cui assicurati rispondono sufficientemente ai criteri di professionalità e non necessitano della stessa

1 RS 961.01
2 RS 956.1
3 FF 2016 909
4 FF 2016 4605
5 FF 2018 3067

dell'11 aprile 1889⁶ sull'esecuzione e sul fallimento (LEF) è espressamente esclusa (cfr. art. 53 cpv. 2), attualmente mancano le basi giuridiche per svolgere una procedura di risanamento nelle imprese di assicurazione. Viceversa, per le banche esiste da alcuni anni *una regolamentazione speciale* del risanamento (cfr. art. 28–32 della legge dell'8 novembre 1934⁷ sulle banche; LBCR).

In assenza di norme, la FINMA può unicamente disporre «provvedimenti conservativi» se gli interessi degli assicurati sono messi in pericolo, ad esempio a causa delle difficoltà finanziarie di un'impresa di assicurazione (art. 51). Questi provvedimenti, pur comprendendo espressamente il trasferimento del portafoglio a un'altra impresa di assicurazione (art. 51 cpv. 2 lett. d), non prevedono né misure che intervengano sul capitale né la possibilità di tangere diritti di terzi affinché il risanamento abbia esito positivo.

Con tali premesse, in base al diritto vigente la FINMA nel caso in questione è di fatto obbligata a dichiarare il fallimento, anche se l'impresa di assicurazione coinvolta potrebbe essere risanata. Questa circostanza può provocare risultati urtanti (soprattutto a scapito degli assicurati). Segnatamente nell'ambito delle assicurazioni malattie e sulla vita, gli assicurati hanno di regola un maggiore interesse a proseguire i loro contratti di assicurazione piuttosto che a rescinderli in seguito a fallimento dell'impresa di assicurazione. In questo ambito, per loro è spesso difficoltoso ottenere una copertura assicurativa analoga presso un altro assicuratore (a causa delle riserve dovute a malattie preesistenti o all'età e dei premi più elevati). Nella maggior parte dei casi, per gli assicurati il risanamento di un'impresa di assicurazione sarebbe dunque più favorevole rispetto alla dichiarazione di fallimento.

Contenuto della modifica

La regolamentazione del risanamento per le assicurazioni necessita di disposizioni formali e materiali. Dal punto di vista formale occorrono le necessarie basi giuridiche che consentano alla FINMA di avviare e svolgere una procedura di risanamento e di emanare le necessarie disposizioni d'esecuzione. Le disposizioni materiali disciplinano segnatamente le misure di risanamento, ad esempio il trasferimento del portafoglio a un'altra impresa di assicurazione o a una società subentrante oppure il mantenimento del portafoglio nell'impresa di assicurazione esistente, sempre con la possibilità di tangere eventualmente i diritti dei creditori. Tra le misure ipotizzabili che riguardano il capitale si annoverano, ad esempio, la riduzione e il successivo aumento del capitale azionario o la trasformazione di determinati crediti in diritti di partecipazione (*bail-in*), osservando il principio che nessun creditore può essere svantaggiato rispetto a quanto sarebbe avvenuto in caso di fallimento dell'impresa di assicurazione (*no creditor worse off than in liquidation*).

La procedura di risanamento è finalizzata a evitare il rischio di insolvenza. L'impresa di assicurazione deve essere organizzata in modo tale da superare le situazioni di emergenza finanziaria e impedire la procedura fallimentare. Conformemente allo scopo della LSA, la procedura di risanamento ha come obiettivo principale la protezione degli assicurati. Da questa finalità può, ma non deve imperativamente risultare

⁶ RS 281.1

⁷ RS 952.0

la sopravvivenza dell'impresa di assicurazione in questione mediante risanamento. Quest'ultimo sarà focalizzato sul mantenimento del portafoglio degli assicurati. Ciò può tradursi, se possibile, nel trasferimento del portafoglio a un'altra impresa di assicurazione. È altresì ipotizzabile che un fallimento dell'impresa assicurativa e, quindi, l'immediata risoluzione dei contratti assicurativi siano evitati mediante il risanamento nell'intento di adempiere in via ordinaria gli obblighi derivanti dai contratti assicurativi in essere senza stipularne di nuovi, per poi esonerare la società dalla sorveglianza degli assicuratori (cosiddetto *run off*). Di norma, un'impresa di assicurazione successivamente a un'operazione di risanamento viene posta in liquidazione ordinaria.

3.1.2 Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti

Normativa vigente

Fondamentalmente la LSA è basata su un'esigenza unitaria di protezione degli assicurati. In altri termini, ai sensi del diritto in materia di sorveglianza non si effettuano una valutazione e una differenziazione sistematiche tra le diverse esigenze di protezione degli assicurati (privati, piccole e medie imprese, grandi clienti, assicuratori diretti), pertanto le esigenze prudenziali non sono categorizzate. Solo con il disciplinamento della riassicurazione l'applicabilità delle disposizioni della LSA in materia di protezione (cfr. art. 35) è stata oggetto di una differenziazione. Il diritto vigente differenzia quindi soltanto il grado di regolamentazione e di sorveglianza, maggiore per gli assicuratori che operano nel settore dell'assicurazione diretta e minore per quelli che operano nell'ambito della riassicurazione.

Contenuto della modifica

Con la modifica, il grado di regolamentazione e di sorveglianza nei confronti dell'assicuratore non dipenderà dallo *scopo* dei suoi principali rapporti assicurativi (assicurazione diretta o riassicurazione), bensì dall'*esigenza di protezione* dei suoi assicurati. Devono pertanto essere definiti diversi segmenti di assicurati. In questa ottica anche l'attività di assicurazione diretta potrebbe essere assoggettata a una regolamentazione e a una sorveglianza di minore intensità, purché gli stipulanti dei contratti siano professionisti (come i grandi clienti). Ad esempio, qualora l'assicuratore avesse soltanto stipulanti professionisti, sarebbe possibile rinunciare alle disposizioni riguardanti la garanzia delle pretese degli assicurati (patrimonio vincolato), poiché gli stipulanti professionisti sono in grado di adottare opportune misure cautelari di loro iniziativa. Inoltre, gli stipulanti professionisti sono capaci di valutare la stabilità finanziaria dell'impresa di assicurazione a cui fanno capo e i dettagli del contratto assicurativo.

3.1.3 Regole di condotta per gli intermediari assicurativi

Nel corso dei dibattiti riguardanti la LSerFi, il Parlamento ha deciso che le regole di condotta previste in questa legge per i fornitori di servizi finanziari, più precisamente gli obblighi di informazione e documentazione vigenti nel rapporto con i clienti, non si possano applicare direttamente al settore assicurativo, e che tali regole debbano piuttosto essere oggetto di una procedura di consultazione distinta nell'ambito della

modifica della LSA. In adempimento del mandato parlamentare, il presente progetto prevede tali disposizioni, sintonizzandole sulle esigenze specifiche degli assicurati. Ad esempio, prima di raccomandare un'assicurazione sulla vita qualificata l'intermediario assicurativo deve verificare se il prodotto in questione è appropriato per l'assicurato e quali siano le conoscenze e l'esperienza di cui questi dispone. Inoltre, l'intermediario assicurativo è tenuto a documentare quale assicurazione sulla vita qualificata sia stata stipulata, le conoscenze ed esperienze rilevate dello stipulante e l'avvenuta verifica dell'appropriatezza. In aggiunta, l'intermediario assicurativo non vincolato deve informare gli stipulanti riguardo all'indennità che riceve da terzi in relazione alla fornitura del servizio. In proposito è anche precisato che un intermediario assicurativo non può operare simultaneamente come intermediario assicurativo vincolato e non vincolato, poiché quest'ultimo intrattiene un rapporto di fiducia con gli assicurati.

3.1.4 Procedura di mediazione

Gli organi di mediazione corrispondono agli standard internazionali e sono conformi alla consolidata tradizione della procedura di conciliazione. Entrambe le parti devono avere la possibilità di invocare un organo di mediazione indipendente, imparziale, con specifiche conoscenze specialistiche e riconosciuto dallo Stato, senza in tal modo limitare i diritti e le garanzie procedurali generali. Piuttosto, lo strumento alternativo, ragionevole e di provata efficacia della composizione consensuale delle controversie completa e rafforza l'applicazione giudiziale del diritto.

Nell'ambito delle assicurazioni private esiste già un organo di mediazione nella forma della Fondazione Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva (organo di mediazione nel campo assicurativo). Inoltre, l'organo di mediazione nell'ambito dell'assicurazione malattie è competente anche in materia di assicurazioni complementari ai sensi della legge del 2 aprile 1908⁸ sul contratto d'assicurazione (LCA). Questi esempi hanno dimostrato la propria validità e il presente progetto non intende metterli in discussione. Tuttavia, in analogia ai principi stabiliti dal Parlamento nella LSerFi per i fornitori di servizi finanziari, per le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi dovrà ora essere sancito l'obbligo di affidarsi a un organo di mediazione. Si è tuttavia ritenuto opportuno non limitare questo obbligo di affiliazione agli offerenti che propongono assicurazioni sulla vita qualificate, bensì estenderlo a tutti gli offerenti di prodotti assicurativi, analogamente a quanto avviene per il campo di attività dell'attuale organo di mediazione assicurativa. In ambito assicurativo rappresenta una novità anche la necessità per gli organi di mediazione di ottenere il riconoscimento (da parte del Dipartimento federale delle finanze DFF), vincolato a determinati requisiti basilari.

Viene quindi lasciata al ramo assicurativo la facoltà di organizzare la propria procedura di mediazione entro queste prescrizioni minime legali 'mediante un organismo di' autodisciplina. È ipotizzabile che l'attuale organo di mediazione assicurativa estenda la sua attività a tutte le imprese di assicurazione assoggettate all'obbligo di affiliazione, e che gli intermediari assicurativi indipendenti istituiscano un proprio organo di mediazione. Le disposizioni della LSerFi riguardanti il sistema di mediazione

⁸ RS 221.229.1

si applicano per analogia, pertanto, in assenza di un organo di mediazione, il Consiglio federale procede a istituirlo.

È stata respinta l'idea di introdurre, invece di un organo di mediazione, l'obbligo per gli intermediari assicurativi di stipulare un'assicurazione di responsabilità civile professionale con estensione della responsabilità, con la quale le controversie tra intermediari e clienti sarebbero in ultima istanza portate davanti all'impresa di assicurazione in questione. Questa soluzione avrebbe lo svantaggio che un organo di mediazione sarebbe a disposizione di una parte del mercato assicurativo, ma non dell'altra. Ma una simile soluzione si rivela chiaramente inadeguata soprattutto perché prevede che un cliente insoddisfatto si possa rivolgere non a un organo neutrale, ma a un assicuratore di responsabilità civile professionale che, tra l'altro, si viene a trovare in un conflitto d'interessi in quanto eventuale garante.

3.1.5 Altre tematiche

Dai pareri ricevuti dal settore assicurativo e dalla FINMA è emerso che, oltre alle tematiche menzionate ai numeri 1.2.1–1.2.4, è avvertita l'esigenza di ulteriori modifiche, ora inserite nel progetto posto in consultazione:

- Sono state esaminate le *disposizioni penali* previste dalla LSA ed è stato deciso di mantenere soltanto quelle che rispondono a importanti esigenze prudenziali, nell'intento di rafforzare la sorveglianza e di sgravare le autorità di perseguimento penale evitando procedure di scarsa utilità. Il testo così adeguato si armonizza inoltre con le nuove disposizioni penali della LSerFi, semplificate rispetto a quelle contenute nel messaggio del Consiglio federale, nella versione approvata dalle Camere federali il 15 giugno 2018.
- Con la revisione del diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori negli anni 2004–2006, sono state introdotte per la prima volta nella LSA disposizioni particolari che considerano la prospettiva del gruppo. Tuttavia, questa *sorveglianza di gruppi* non è a sé stante, bensì complementare all'ottica del singolo istituto (art. 66, primato della sorveglianza individuale). La sorveglianza di gruppi deve essere ulteriormente rafforzata, ad esempio introducendo anche a livello di gruppo l'obbligo di ottenere l'autorizzazione dalla FINMA delle nomine e dei cambiamenti di persone che devono fornire la garanzia di un'attività irreprensibile. Ciò permette un disciplinamento unitario e coerente nella sorveglianza dei singoli istituti e dei gruppi.
- La sorveglianza di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettera b prevista per le imprese di assicurazione con sede all'estero che hanno una succursale in Svizzera, ma esercitano esclusivamente all'estero (ossia «a partire dalla Svizzera») è formulata in modo più chiaro e completata con una disposizione in base alla quale anche l'attività di riassicurazione esercitata in Svizzera o a partire dalla Svizzera da succursali in Svizzera di imprese di assicurazione con sede all'estero sottostà alla sorveglianza.
- Il Test svizzero di solvibilità (*Swiss Solvency Test*, SST) è un sistema basato sul rischio per determinare la solvibilità delle imprese svizzere di assicurazione. Da un punto di vista materiale, il test SST è già implicitamente *anco-*

rato nella LSA, ma nei riformulati articoli 9–9b trova una base formale inequivocabile. Contestualmente è stata eliminata la terminologia non più aggiornata, ancora orientata alle vecchie disposizioni sulla solvibilità. Il presente progetto non modifica tuttavia i criteri di ponderazione, poiché la necessaria specificazione non può senz'altro avvenire a livello di legge.

- Secondo l'attuale articolo 27 capoverso 2, in singoli casi giustificati la FINMA può esonerare un'impresa di assicurazione dall'obbligo di istituire un organo di *audit interno*. Una deroga di tale portata non è più giustificabile nell'attuale contesto finanziario. Inoltre, questa deroga è stata oggetto di discussione nell'ambito della procedura dell'UE di riconoscimento dell'equivalenza. L'UE ne auspica l'abrogazione.

3.2 Spiegazione e valutazione della soluzione proposta

3.2.1 Risanamento delle imprese di assicurazione

Alla luce di quanto esposto sinora, introdurre la regolamentazione del risanamento per le imprese di assicurazione è non solo opportuno nei tempi attuali, ma anche imprescindibile. L'obbligo di fatto di dichiarare il fallimento da parte della FINMA deve essere sostituito da una regolamentazione del risanamento che tenga in adeguata considerazione le circostanze caso per caso ai fini delle possibilità di un risanamento. La regolamentazione proposta si basa sulle disposizioni previste per il risanamento delle banche, pur considerando specifiche esigenze in ambito assicurativo. In particolare, è stato tenuto conto che gli stipulanti hanno interessi contrattuali diversi rispetto ai clienti bancari. Nella stragrande maggioranza dei casi, l'interesse preponderante degli stipulanti consiste nel mantenere in essere i loro contratti assicurativi, soprattutto perché un cambiamento di assicuratore può rivelarsi molto difficoltoso (per es. nell'ambito dell'assicurazione malattie complementare). L'interesse a ottenere il rimborso del premio pagato per la durata residua del contratto assicurativo in questione risulta perlopiù secondario.

3.2.2 Sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti

Con la categorizzazione degli stipulanti si intende creare un regime di regolamentazione e di sorveglianza graduato che consenta alle imprese di assicurazione di ottenere il necessario livello di protezione. In tal modo, il principio della proporzionalità trova spazio anche nell'ambito della sorveglianza. Dal momento che nel settore assicurativo l'obiettivo della regolamentazione e della sorveglianza è logicamente meno orientato alla protezione del funzionamento (stabilità del sistema) rispetto al settore bancario, una modifica del grado di regolamentazione non comporta rischi insostenibili per la piazza finanziaria. Con questo sistema la Svizzera vuole piuttosto rimanere competitiva a livello internazionale senza compromettere l'equivalenza con la normativa dell'Unione europea. Inoltre, gli adeguamenti non devono mirare a imporre nuove strutture ai gruppi assicurativi (ad es. non deve essere richiesta una separazione

dell'attività con stipulanti non professionisti). Le imprese di assicurazione sarebbero così libere di scegliere la struttura che consenta loro di beneficiare di agevolazioni.

3.2.3 Regole di condotta per gli intermediari assicurativi

Con le regole di condotta proposte per gli intermediari assicurativi viene creato un contesto di condizioni paritetiche (*level playing field*) rispetto alle disposizioni della LSerFi, ed è attuato il mandato parlamentare che chiede di porre in consultazione le regole di condotta nell'ambito di una modifica della LSA. Inoltre, le regole di condotta per gli intermediari assicurativi sono specificamente definite per le esigenze degli stipulanti, in quanto non ogni fornitura di una consulenza assicurativa sottostà a priori agli obblighi di condotta, ma in particolare la fornitura di una consulenza assicurativa concernente prodotti qualificati di assicurazione sulla vita. Questi prodotti talora complessi giustificano particolari regole di condotta, soprattutto opportuni obblighi di informazione e di documentazione, mentre nelle classiche attività *retail* simili regole di condotta appaiono inappropriate.

3.3 Attuazione

Alcune disposizioni legali dovranno essere specificate a livello di ordinanza nell'ambito della competenza generale del Consiglio federale di emanare disposizioni d'esecuzione. Non si prevede che ne scaturiscano particolari problemi ai fini dell'attuazione.

4 Commento ai singoli articoli

4.1 Legge sulla sorveglianza degli assicuratori

Capitolo 1: Oggetto, scopo e campo d'applicazione

Sezione 1 Disposizioni generali

Per facilitare la lettura del testo, in diversi punti sono inseriti i titoli delle sezioni.

Art. 1 cpv. 2 Oggetto e scopo

Una delle idee di fondo della presente modifica della LSA è di limitare opportunamente l'estensione della protezione prevista dalla legge per gli stipulanti professionisti. La regolamentazione deve essere orientata maggiormente all'esigenza di protezione degli stipulanti («sistema di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti»), come espresso con la precisazione «conformemente alla loro necessità di tutela».

In seguito alla presente modifica della LSA occorrerà verificare quali altre agevolazioni possano essere realizzate in particolare nell'attività *captive* (assicurazione diretta o riassicurazione interne al gruppo) e nell'attività *wholesale* (attività assicurativa concentrata su una clientela composta unicamente di stipulanti professionisti) apportando modifiche a un livello normativo inferiore (OS, OS-FINMA e circolari FINMA).

Art. 2 Campo d'applicazione

Cpv. 1 lett. a

Con la modifica alla lettera a, conformemente all'attuale interpretazione è precisato che un'impresa di assicurazione con sede in Svizzera sottostà in ogni caso alla sorveglianza, a prescindere dal tipo di attività assicurativa esercitata. A livello di legge non è necessario enunciare i diversi ambiti di attività possibili. Un'impresa con sede in Svizzera che esercita l'attività assicurativa diretta o l'attività riassicurativa è un'impresa di assicurazione ai sensi della LSA, pertanto sottostà alla sorveglianza.

Cpv. 1 lett. b

Le imprese di assicurazione con sede all'estero che esercitano l'assicurazione diretta in Svizzera o a partire dalla Svizzera sottostanno già alla sorveglianza, fatte salve disposizioni derogatorie contenute in trattati internazionali.

Con la modifica proposta, anche le imprese di assicurazione con sede all'estero che in Svizzera o a partire dalla Svizzera esercitano solo la riassicurazione sottostanno alla sorveglianza, purché abbiano una succursale in Svizzera.

Negli ultimi anni è aumentato il numero delle succursali estere di riassicurazione che, in virtù del vigente articolo 2 capoverso 2 lettera a, esercitano la riassicurazione a partire dalla Svizzera, tuttavia senza sottostare alla sorveglianza svizzera. Questa lacuna deve essere colmata non solo per proteggere i clienti, ma anche per difendere la reputazione della piazza finanziaria svizzera.

Inoltre, tale soluzione salvaguarda l'accesso ai mercati, in altri termini l'offerta transfrontaliera di coperture riassicurative non viene limitata nel quadro della libera circolazione dei servizi.

Per le succursali di riassicuratori esteri già attive in Svizzera l'articolo 90a capoverso 1 prevede un termine transitorio di sei mesi per sottoporsi alla sorveglianza o sospendere l'attività esercitata mediante una succursale. L'assoggettamento comporta un'apposita procedura per ottenere una nuova autorizzazione.

Cpv. 2

Nelle versioni in francese e in tedesco, il tenore della frase introduttiva nel capoverso 2 è adeguato a quello del capoverso 1 per ottenere una coerenza testuale ed evitare fraintendimenti, senza modificarne il contenuto. Si chiarisce così che le imprese di assicurazione, assoggettate a una particolare sorveglianza secondo il diritto federale, continuano a non essere assoggettate alla LSA. Ad esempio, le assicurazioni sociali contro le malattie disciplinate dalla legge del 18 marzo 1994⁹ sull'assicurazione malattie (LAMal) rimangono assoggettate alle disposizioni della legge del 26 settembre 2014¹⁰ sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal) e quindi alla sorveglianza dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), come già chiaramente stabilito con l'introduzione della LSA nel 2006 (cfr. anche FF 2003 3252). L'attuale testo italiano non presenta tale ambiguità, pertanto non viene modificato.

⁹ RS 832.10

¹⁰ RS 832.12

Cpv. 2 lett. a

Con la modifica apportata a questo capoverso e la corrispondente modifica dell'articolo 2 capoverso 1 lettera b numero 2, in futuro soltanto le imprese di assicurazione con sede all'estero che non hanno una succursale in Svizzera ed esercitano esclusivamente la riassicurazione non saranno sottoposte alla sorveglianza.

Cpv. 2 lett. b^{bis}

Molti Paesi promuovono le proprie esportazioni tramite offerenti di assicurazioni contro i rischi delle esportazioni (agenzie per il credito all'esportazione o *Export Credit Agencies*, ECA), organizzati perlopiù in modo autonomo, che finanziano esportazioni concrete oppure coprono i rischi inerenti. Possono essere organizzati secondo il diritto privato o il diritto pubblico, ma tipicamente agiscono a nome e per conto del rispettivo Stato. L'Assicurazione svizzera contro i rischi delle esportazioni (ASRE), in qualità di ente di diritto pubblico, offre per esempio le proprie coperture a titolo complementare rispetto all'economia privata, secondo il principio di sussidiarietà (art. 6 cpv. 1 lett. d della legge del 16 dicembre 2005¹¹ sull'assicurazione contro i rischi delle esportazioni, LARE). In quanto strumenti del commercio estero, le ECA sono parte integrante della politica economica del rispettivo Stato. A livello internazionale non esiste pertanto un regime di sorveglianza sugli assicuratori che assoggetti le ECA all'obbligo prudenziale di autorizzazione o alla sorveglianza costante. La legislazione dell'Unione europea, ad esempio, esclude esplicitamente le ECA statali o a garanzia statale dal campo d'applicazione del diritto in materia di vigilanza degli assicuratori (cfr. art. 5 par. 4 della direttiva europea 2009/138/CE Solvibilità II). Anche l'ASRE non è soggetta all'obbligo di autorizzazione all'estero, neppure per i rischi ivi localizzati.

La versione in vigore della LSA non prevede una deroga esplicita per le ECA, tuttavia è ipotizzabile che le ECA estere esercitino un'attività assicurativa soggetta all'obbligo di autorizzazione conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, in particolare in relazione ai rischi localizzati in Svizzera. Se per l'ASRE oggi la legge prevede una deroga in virtù dell'articolo 2 capoverso 2 lettera b LSA, per il momento una deroga analoga non esiste per le ECA estere, che garantiscono anche le attività commerciali di esportatori svizzeri e i finanziamenti commerciali di banche svizzere. Ciò è inappropriato, poiché le ECA operano prevalentemente per ragioni di politica commerciale e anche gli stipulanti hanno un'esigenza subordinata di protezione. Inoltre, la chiara differenza rispetto alla prassi internazionale rende opportuna una precisazione a livello della LSA. Una deroga esplicita consentirà dunque di creare chiarezza e certezza del diritto. Tale deroga riguarderà tuttavia soltanto le attività nell'ambito principale della politica commerciale in quanto strumento delle ECA, ma non le situazioni in cui lo stesso soggetto giuridico eserciti eventualmente un'attività assicurativa di più ampia portata in concorrenza diretta con privati. Il Consiglio federale avrà la possibilità di disciplinare i dettagli a livello di ordinanza.

Cpv. 2 lett. c

Le modifiche riguardano solo i testi in francese e tedesco e sono di natura puramente linguistica.

¹¹ RS 946.10

Cpv. 2 lett. e

Questa modifica tiene conto del fatto che, a determinate condizioni, la concessione di fideiussioni e garanzie nonché altre operazioni aventi carattere di garanzia non devono essere qualificate come attività assicurativa. Le associazioni, le federazioni, le società cooperative e le fondazioni che offrono queste operazioni ai propri membri, soci e beneficiari devono essere dunque esonerate dalla vigilanza della FINMA secondo la LSA se sono cumulativamente soddisfatte due condizioni: da un lato il loro campo d'attività territoriale deve essere limitato al territorio svizzero, dall'altro l'utile eventualmente conseguito con queste operazioni è attribuito integralmente ai beneficiari di fideiussioni e garanzie. Questa esclusione è conforme all'Accordo¹² concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, che non contiene una definizione dell'attività assicurativa. In linea di principio, spetta agli Stati contraenti definire l'attività assicurativa. Non rientrano in questo criterio di esclusione le imprese di assicurazione organizzate come cooperative.

Il fatto che la concessione di fideiussioni e garanzie da parte di una banca nell'ambito della sua attività bancaria non rientri nel campo d'applicazione della LSA è ovvio e non deve essere appositamente disciplinato.

Cpv. 3

In virtù di questo capoverso 3 modificato, la FINMA avrà la possibilità di esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione anche laddove abbiano un modello commerciale innovativo che serve a salvaguardare la sostenibilità della piazza finanziaria svizzera. Tuttavia, la protezione degli assicurati deve essere sempre garantita. Di conseguenza, l'impresa di assicurazione richiedente deve fornire la prova del mantenimento della protezione degli assicurati per tutto il periodo in cui è attuato il modello commerciale e la FINMA al momento della richiesta dovrà verificare la suddetta prova. La FINMA, pur avendo naturalmente un ampio margine discrezionale nella valutazione di queste richieste, è tenuta a prestare particolare attenzione ai rischi molto diversi per gli assicurati in funzione del singolo modello commerciale. A ciò si aggiunge che, nel rilascio dell'autorizzazione da parte della FINMA, deve essere sempre accertata la compatibilità con il citato 'Accordo concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita.

Cpv. 4

La modifica apportata al presente capoverso conferisce al Consiglio federale la competenza di disciplinare l'estensione della sorveglianza delle imprese di assicurazione con sede all'estero che esercitano la loro attività assicurativa a partire dalla Svizzera così come le condizioni alle quali la FINMA può esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione con modelli aziendali innovativi. Ciò avverrà nell'ambito delle modifiche delle ordinanze.

¹² Accordo concluso il 10.10.1989 tra la Confederazione Svizzera e la Comunità economica europea concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita (RS 0.961.1).

Art. 2a Società madri e società del gruppo e del conglomerato importanti

Le società del gruppo aventi sede in Svizzera di banche, infrastrutture del mercato finanziario e assicurazioni, che ai fini delle attività soggette ad autorizzazione svolgono funzioni importanti («società del gruppo importanti»), in caso di insolvenza sottostanno alla competenza della FINMA dal 1° gennaio 2016 (cfr. atti modificati in allegato alla legge del 19 giugno 2015¹³ sull'infrastruttura finanziaria, LInFi). Nella versione vigente della LSA questo aspetto è disciplinato agli articoli 71^{bis} e 79^{bis} per il fallimento di società assoggettate alla sorveglianza di gruppi o conglomerati.

In altre leggi sui mercati finanziari la competenza in materia di fallimento va oltre. La legge sulle banche, ad esempio, considera società del gruppo importanti anche quelle di singoli istituti (su base subconsolidata). La limitazione degli assoggettati nell'ambito della sorveglianza degli assicuratori comporta lacune nella protezione. Infatti, è possibile che anche per una singola impresa di assicurazione una società di servizi svolga una funzione importante, rilevante in caso di insolvenza. Il nuovo articolo 2a intende migliorare la capacità di liquidazione delle imprese di assicurazione e, nella struttura, si rifà alle vigenti disposizioni di cui all'articolo 2^{bis} LBCR o all'articolo 3 LInFi.

La competenza in materia di fallimento e la competenza relativamente ai provvedimenti e, ora, anche al risanamento sussistono a prescindere dal fatto che la FINMA abbia assoggettato alla sorveglianza di gruppi o di conglomerati un gruppo assicurativo o un conglomerato assicurativo.

Sezione 2 Obblighi di imprese e persone ai sensi dell'articolo 2 capoverso 2 lettera d ed e capoverso 3

Art. 2b

I capoversi 1 e 2 sono intesi soprattutto nell'ottica della protezione degli assicurati poiché creano trasparenza. Prima di stipulare un contratto d'assicurazione, le società cooperative di assicurazione esistenti prima del 1° gennaio 1993 di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera d (per le altre imprese di cui al capoverso 2 non è necessario alcun disciplinamento secondo le circostanze) e le imprese di assicurazione che rientrano nella deroga di cui all'articolo 2 capoverso 3, devono informare gli stipulanti riguardo al loro esonero dalla sorveglianza. L'applicabilità è garantita con l'estensione della fattispecie della contravvenzione all'articolo 86 capoverso 1 lettera a.

L'impresa di assicurazione che soddisfa le condizioni di esonero non è più sottoposta a sorveglianza. Il capoverso 3 disciplina le modalità di tale passaggio a un esercizio dell'attività non più sottoposto ad autorizzazione.

Art. 4 cpv. 2 lett. k Domanda d'autorizzazione e piano d'esercizio

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica (cfr. art. 90a), l'impresa di assicurazione deve indicare il tipo di attività esercitate affinché sia possibile chiarire se e in

quali ambiti può beneficiare delle nuove agevolazioni previste dalla legge. A tal fine va utilizzata la posizione K del piano d'esercizio (i requisiti sono pertanto menzionati alla lett. k in questa disposizione).

In sintesi, è possibile scegliere fra tre varianti:

1. imprese di assicurazione che esercitano l'attività esclusivamente con stipulanti professionisti (*wholesale*);
2. imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente l'assicurazione diretta o la riassicurazione all'interno del gruppo (*captive*);
3. imprese di assicurazione che esercitano l'attività esclusivamente con stipulanti non professionisti.

Le forme miste sono ammesse, ma devono essere chiaramente dichiarate (cfr. in particolare i commenti agli art. 30a e 30d).

Art. 5 Modifiche del piano d'esercizio

È corretto che, per modificare importanti elementi del piano d'esercizio, sia necessaria la preliminare approvazione della FINMA, la quale può così reagire preventivamente ad eventuali casi contrari alla legislazione in materia di sorveglianza.

Le modifiche di cui al capoverso 1 devono essere integrate in funzione delle esigenze che scaturiscono dalla prassi di vigilanza. Nella designazione di garanti e nella pianificazione di progetti spesso complessi di esternalizzazione è anche nell'interesse delle imprese di assicurazione e dei garanti stessi che la FINMA esprima previamente il proprio parere. In questo modo è possibile evitare derive dannose ed eventualmente costose. All'elenco saranno dunque aggiunte le lettere g (garanti) e j (deleghe a terzi), che di conseguenza saranno stralciate nel capoverso 2.

Nell'ottica di un'agevolazione, viene invece abrogata la finzione 'd'approvazione al capoverso 2 e le modifiche da comunicare secondo questo paragrafo sono limitate a quelle essenziali. Vi si annoverano, tra l'altro, le modifiche al campo territoriale d'attività dell'impresa di assicurazione (art. 4 cpv. 2 lett. b) e quelle riguardanti le autorizzazioni delle autorità estere di sorveglianza (art. 4 cpv. 2 lett. c) nonché significativi cambiamenti nella dotazione finanziaria e nelle riserve costituite (art. 4 cpv. 2 lett. d). Inoltre, la FINMA mantiene anche in questi casi la competenza di adottare provvedimenti secondo l'articolo 51.

Premessa concernente gli articoli 9-9b

È indiscusso che l'articolo 9 del diritto vigente copre formalmente le prescrizioni introdotte con il test SST nella OS in virtù di un'interpretazione estensiva, ma non corrisponde più alle circostanze attuali per quanto concerne i termini utilizzati nel testo. Per queste ragioni, la disposizione deve essere rielaborata e, contestualmente, formulata in modo più comprensibile, il che avviene nei seguenti articoli 9-9b. Le modifiche non cambiano le attuali prescrizioni materiali concernenti il test SST.

In sede di redazione del disegno e relativo messaggio si intende proporre una correzione formale riguardante il testo in italiano: l'espressione «capitale previsto» verrebbe sostituita in tutto il testo con «capitale richiesto», per rendere meglio il concetto

di target capital. Anche l'OS e il test SST andrebbero successivamente adeguati di conseguenza.

Con i nuovi articoli 9–9b viene al contempo conferita al Consiglio federale la competenza di stabilire importanti parametri e principi riguardanti prescrizioni dettagliate in materia di solvibilità delle imprese di assicurazione. Considerando l'importanza delle disposizioni, si ritiene che il livello normativo opportuno sia l'ordinanza e non la circolare.

Art. 9 Solvibilità

Il concetto di «margine di solvibilità» sinora utilizzato è stralciato dalla LSA, nella cui versione modificata è stabilito che un'impresa di assicurazione deve disporre di «sufficiente solvibilità». Per solvibilità si intende la dotazione di un'impresa di assicurazione delle risorse finanziarie che assorbano potenziali perdite derivanti da sviluppi sfavorevoli, senza che gli assicurati e altri creditori subiscano danni. Affinché un'impresa di assicurazione soddisfi l'esigenza di solvibilità e, quindi, possa disporre di una solidità finanziaria sufficiente ai sensi della presente legge, il cosiddetto «capitale sopportante i rischi» (entità effettiva del capitale disponibile) deve equivalere almeno al cosiddetto «capitale previsto» (entità ideale del capitale). L'adempimento dell'esigenza di solvibilità non significa che un'impresa di assicurazione non possa diventare inadempiente, bensì unicamente che questo evento si verifica con un'esigua probabilità socialmente accettabile; altrimenti si renderebbero necessarie dotazioni ingenti di capitale, che aumenterebbero enormemente il prezzo delle coperture assicurative. Per i creditori, tra cui gli assicurati, rimane dunque sempre un rischio residuo di insolvenza.

Art. 9a Capitale sopportante i rischi e capitale previsto

Cpv. 1

Conformemente al capoverso 1, per determinare la solvibilità le imprese di assicurazione devono valutare il proprio patrimonio (attivi) e gli impegni (capitale di terzi) a valori conformi al mercato. L'idea di fondo del bilancio a valore di mercato è una valutazione conforme al mercato della totalità del patrimonio e degli impegni con la precisazione che, nella valutazione di mercato dei propri impegni, un'impresa di assicurazione non può considerare la propria probabilità di perdita, ma deve determinare il valore ipotizzando che l'impegno sia osservato.

La valutazione di mercato è indicata nel calcolo delle esigenze di capitale per i seguenti motivi: lo scopo dell'esigenza di solvibilità è proteggere gli assicurati e diversi altri creditori di fronte all'insolvenza di un'impresa di assicurazione. In caso di insolvenza dell'impresa di assicurazione, i valori di mercato del patrimonio e degli impegni sono importanti, poiché tali valori devono essere trasferiti a un'altra impresa di assicurazione che prosegue i contratti in caso sia di liquidazione sia di risanamento. Nessun terzo sarebbe disposto a essere remunerato per gli impegni da assumere al di sotto del loro valore di mercato oppure a pagare il patrimonio più del suo valore di mercato. Nell'ottica della solvibilità deve essere dunque assunta la prospettiva del valore di

mercato che, inoltre, è l'unica a mostrare quanto la copertura del capitale di un'impresa di assicurazione la renda distante dallo stato di insolvenza. Ciò non sarebbe possibile con un bilancio di solvibilità dove sono iscritti, invece, valori livellati nel tempo o gli attivi ai loro costi di acquisto, quindi contenente riserve occulte e oneri non palesi.

Per diversi beni patrimoniali non esiste un mercato, pertanto i dati di mercato non consentono di risalire al loro valore di mercato. Gli immobili ne sono un esempio: nonostante l'esistenza di un mercato immobiliare, un immobile non viene scambiato regolarmente, pertanto il suo valore di mercato deve essere stimato. Lo stesso dicasi per gli impegni attuariali. Per questo motivo anche il valore conforme al mercato di tali impegni è stimato in base al valore che due attori indipendenti, propensi e liberi sarebbero disposti a scambiarsi'. Oggi l'OS sancisce che, per il calcolo di questo valore di stima, devono essere matematicamente costituite due componenti. La prima corrisponde al valore temporale dei flussi di cassa futuri derivanti da un impegno (*best estimate*), la seconda è l'importo minimo che rappresenta il prezzo del rischio e, quindi, del fattore di incertezza collegato al flusso di cassa futuro. L'approccio del bilancio globale implica la necessità di considerare tutti gli attivi e gli impegni, a prescindere dal fatto che contabilmente siano o meno registrati a bilancio. Fanno eccezione soltanto le posizioni che, a causa del loro valore insignificante, possono essere trascurate senza perdere di precisione.

Se, invece, il calcolo si fondasse sulla base economica, sarebbero possibili non solo una valutazione conforme al mercato, ma anche altri metodi, ad esempio una valutazione del prezzo di costo per gli attivi e uno sconto maggiore per gli impegni. In tal modo sarebbe messa a repentaglio l'equivalenza con la direttiva Solvibilità II, le cui prescrizioni verrebbero ampiamente disattese. Non si esclude che l'UE dovrebbe addirittura revocare il riconoscimento dell'equivalenza, che non sussisterebbe più.

Cpv. 2

Il capitale sopportante i rischi corrisponde ai fondi dell'impresa di assicurazione in grado di assorbire le perdite. Nell'OS il Consiglio federale ha stabilito che è dato dalla somma del capitale di base e del capitale complementare (cfr. artt. 47–49 OS).

Cpv. 3 e 4

Nel capitale previsto sono quantificati i rischi ai quali l'impresa di assicurazione è esposta. Tra questi rientrano i rischi assicurativi, di mercato e di credito e, in casi giustificati, altri rischi rilevanti. Le variazioni di valore degli attivi e del capitale di terzi devono essere considerate complessivamente (cfr. art. 41 OS). Ciò significa che i rischi degli attivi e i rischi degli impegni non devono contribuire al capitale previsto gli uni separatamente dagli altri, bensì è rilevante piuttosto il rischio complessivo degli attivi e degli impegni. In tal modo si tiene conto del fatto che le variazioni di valore degli attivi e degli impegni possono neutralizzarsi parzialmente o totalmente, di conseguenza il rischio complessivo può essere considerato inferiore alla somma delle parti e il capitale occorrente è minore di quello che sarebbe necessario se i rischi dovessero essere assunti separatamente. Lo dimostra chiaramente l'esempio dei rischi legati al tasso d'interesse e di cambio: se gli impegni sono denominati nella stessa valuta estera e diventano esigibili nello stesso momento dei corrispondenti attivi

dell'impresa di assicurazione, è opportuno considerare i rischi di tasso d'interesse e di cambio al netto come nulli e, quindi, non esigere capitale.

Se necessario, il Consiglio federale potrebbe concretizzare ulteriormente le disposizioni nell'ambito della modifica dell'ordinanza.

Art. 9b *Altre prescrizioni concernenti la solvibilità*

La disposizione precisa l'attuale articolo 9 capoverso 3. Nel definire le prescrizioni concernenti la solvibilità, il Consiglio federale tiene conto dei principi internazionalmente riconosciuti e, in particolare, disciplina il livello di protezione degli assicurati dai rischi d'insolvenza delle imprese di assicurazione da raggiungere mediante la solvibilità (cpv. 1 lett. a). Indirettamente si menziona quindi il rischio residuo accettato che un'impresa di assicurazione diventi insolvente nonostante l'adempimento delle esigenze di solvibilità. Inoltre, il Consiglio federale disciplina il capitale sopportante i rischi e il capitale previsto nonché la loro determinazione, compresi i requisiti relativi ai modelli da applicare (cpv. 1 lett. b.) e i valori soglia del grado di adempimento dei requisiti patrimoniali al di sotto dei quali la FINMA può adottare i provvedimenti di cui all'articolo 51 (cpv. 1 lett. c). La formulazione scelta in questo articolo precisa inoltre che l'elenco non è esaustivo.

Art. 11 *Scopo dell'impresa*

La modifica costituisce una deregolamentazione, in quanto la FINMA *deve* autorizzare l'esercizio di attività estranee all'assicurazione, tra cui attività diverse da quelle derivanti dall'attività assicurativa di un'impresa di assicurazione, purché non siano pregiudizievoli per gli interessi degli assicurati. In tal modo viene abolita la formulazione potestativa del diritto vigente e sancito l'obbligo di autorizzazione da parte della FINMA, a condizione che gli interessi degli assicurati non siano messi a repentaglio. Inoltre, l'attività assicurativa deve rimanere lo scopo principale dell'impresa in questione. La FINMA dovrebbe documentare e motivare opportunamente un'eventuale decisione negativa. Nella valutazione delle domande in merito da parte delle imprese di assicurazione è fatto salvo il citato 'Accordo concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita. Ad esempio, la FINMA non potrà concedere automaticamente l'autorizzazione a esercitare un'attività estranea all'assicurazione se in passato ha rilasciato per questa impresa di assicurazione un certificato di solvibilità secondo l'articolo 10.1 *b* dell'Accordo.

Art. 14 *Garanzia di un'attività irrepreensibile*

I capoversi 1 e 2 corrispondono al disciplinamento già introdotto con l'adozione della legge del 15 giugno 2018¹⁴ sugli istituti finanziari (LisFi). Con l'inserimento dei nuovi capoversi 3 e 4, conformemente alle disposizioni contenute nelle altre leggi sui mercati finanziari (cfr. art. 9 LSerFi, art. 3 LBCR e art. 11 LSiFi) la disposizione concernente la garanzia è estesa anche ai detentori di partecipazioni qualificate. Per persona che detiene una partecipazione qualificata in un'impresa di assicurazione s'intende chiunque partecipi direttamente o indirettamente alla stessa con almeno il dieci

per cento del capitale o dei diritti di voto o chiunque possa influenzarne altrimenti l'attività in maniera determinante.

Art. 15 *In generale*

La frase introduttiva contiene una precisazione linguistica senza conseguenze materiali.

Cpv. 1 lett. b

Ai sensi dell'articolo 160 capoverso 1 della legge federale del 18 dicembre 1987¹⁵ sul diritto internazionale privato (LDIP), in linea di principio una succursale in Svizzera di una società con sede all'estero è assoggettata al diritto svizzero. Tuttavia, nella LDIP la «succursale» non è definita. Secondo la costante giurisprudenza del Tribunale federale, con tale concetto è da intendere un'azienda commerciale che giuridicamente è sì parte di un'impresa principale, dalla quale dipende, ma che esercita permanentemente in locali propri un'attività analoga a quella dell'impresa principale disponendo di una certa indipendenza economica e operativa (cfr. sentenza 4 C.373/2004 consid. 2.2; inoltre DTF 117 II 85 consid. 3; fondante DTF 76 I 150 consid. 2; Richard Gassmann, in *Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, Internationales Privatrecht* [Art. 1-200 IPRG], art. 160 LDIP, pag. 644 seg.). In altre parole, l'articolo 160 capoverso 1 LDIP si riferisce alla succursale conformemente alla legislazione sul registro di commercio.

In passato la FINMA ha rilasciato autorizzazioni all'esercizio dell'attività anche a succursali che non erano iscritte nel registro di commercio (soprattutto perché non disponevano di una sufficiente indipendenza). Tuttavia, importanti norme giuridiche svizzere non sono direttamente applicabili alle succursali di imprese di assicurazione con sede all'estero che non sono iscritte nel registro di commercio. Per assoggettarle pienamente all'ordinamento giuridico svizzero ed eliminare una certa insicurezza del diritto in materia, è ora statuito che queste succursali devono essere imperativamente iscritte nel registro di commercio. Alle imprese di assicurazione con sede all'estero, che in Svizzera esercitano già un'attività assicurativa, è concesso un termine transitorio di sei mesi per iscrivere la loro succursale nel registro di commercio (cfr. art. 90a).

Cpv. 1 lett. c ed e

La modifica avviene nell'ottica di un'armonizzazione con l'articolo 9, anch'esso riveduto.

Art. 15a *Corporazione di assicuratori denominata Lloyd's*

Lloyd's o Lloyd's of London è un soggetto giuridico del diritto inglese basato su diverse leggi speciali (*the Lloyd's Acts* ecc.). Questa Society o Corporation of Lloyd's ha anche una succursale a Zurigo iscritta nel registro di commercio. Tale soggetto giuridico non è un assicuratore, bensì è responsabile in qualità di corporazione del supporto, dell'infrastruttura, della sorveglianza ecc. dell'attività dei singoli membri, pertanto è designato comunemente «mercato assicurativo». La vera e propria attività assicurativa è esercitata dai singoli membri di Lloyd's (cosiddetti *names*), alcuni o

15 RS 291

nella procedura di vigilanza. A tali imprese di assicurazione svizzere sono così riconosciute condizioni paritetiche rispetto ai loro concorrenti esteri, poiché secondo la legge riveduta saranno assoggettate esclusivamente al regime di protezione locale.

La deregolamentazione non riguarderà le imprese di assicurazione che offrono assicurazioni oltre confine senza avere una succursale all'estero, purché sia ammesso dall'ordinamento giuridico estero. In questi casi si deve presupporre che, accanto ad altri aspetti, per gli stipulanti esteri l'ulteriore garanzia rappresentata dal patrimonio vincolato in Svizzera sia stata rilevante ai fini della stipulazione del contratto assicurativo.

Con l'avvenuta modifica dell'articolo 17 capoverso 2 viene meno la verifica, molto difficile e onerosa, dell'equivalenza del regime di vigilanza estero, poiché non si distinguerà più tra ordinamenti giuridici esteri equivalenti e non equivalenti.

Le perdite nei portafogli esteri continuano a poter essere fatte valere nel fallimento svizzero dell'impresa di assicurazione con sede in Svizzera. Si rinuncia, in un numero limitato di casi, a inserire uno speciale substrato del patrimonio vincolato svizzero tra il regime di protezione estero e la notifica e la liquidazione della perdita rimanente nel fallimento svizzero. Ciò migliora notevolmente la certezza giuridica ed evita difficili valutazioni e possibili attriti, agevolando il coordinamento in caso di risanamento o fallimento.

Rimane chiaro che la modifica non interessa i contratti di imprese di assicurazione svizzere conclusi o gestiti con stipulanti esteri in Svizzera. A questi contratti si applica la regola generale di cui all'articolo 17 capoverso 1.

La disposizione non riguarda neppure i contratti conclusi all'estero con stipulanti esteri da filiali estere di imprese di assicurazione con sede in Svizzera. Tuttavia, a questi contratti non è applicabile neppure la regola generale di cui all'articolo 17 capoverso 1, poiché per essi vige il diritto dello Stato estero in questione.

Art. 20 Prescrizioni concernenti il patrimonio vincolato

In virtù dell'articolo 20, attualmente il Consiglio federale prescrive dettagliatamente alle imprese di assicurazione negli articoli 70 segg. OS (cfr. in particolare l'art. 79 e l'art. 83 OS) quali elementi patrimoniali possono essere attribuiti al patrimonio vincolato. Nella LSA modificata, il Consiglio federale rinuncia a prescrizioni d'investimento dettagliate e disciplina la costituzione del patrimonio vincolato ispirandosi al principio della prudenza in materia di investimenti (*prudent person principle*).

Tale principio riflette i requisiti di investimento del capitale nell'ambito del patrimonio vincolato e la conseguente gestione del rischio. In base a esso, le imprese di assicurazione possono investire il patrimonio vincolato solo in strumenti di capitale di cui comprendono esattamente la natura e i rischi e se, di conseguenza, sono in grado di reagire agli sviluppi in atto in qualunque momento e in modo adeguato.

Con questa modifica viene concessa alle imprese di assicurazione una maggiore flessibilità negli investimenti di capitale nell'ambito del patrimonio vincolato, conformemente alla direttiva Solvibilità II.

Art. 21 cpv. 3 Partecipazioni

Questa modifica formale è «speculare» alla formulazione del capoverso 2 e corrisponde alle disposizioni della direttiva Solvibilità II (e a quelle delle direttive precedenti). L'articolo 21 si conforma a tale normativa.

Art. 24 cpv. 1, 3bis e 4 Compiti

La disposizione viene adeguata alla prassi attuale soprattutto in riferimento alle responsabilità interne all'azienda che, nella formulazione attuale, non sono contemplate in modo appropriato.

Cpv. 1

L'attuale formulazione del margine di solvibilità non è più adeguata dopo l'abolizione della disposizione in materia di solvibilità in funzione del volume d'affari (solvibilità 1). Anche qui, dunque, così come negli articoli 9–9b, viene inserita la nozione di solvibilità (lett. a numero 2). In questo modo si intende rinviare esplicitamente al concetto di solvibilità secondo il test SST. L'ambito di competenza dell'attuario responsabile riguarda soprattutto le parti tecnico-assicurative del test SST. Conformemente all'articolo 53 OS, la responsabilità generale del cosiddetto rapporto SST spetta invece chiaramente alla direzione dell'impresa. Nel rapporto annuale l'attuario responsabile presenta in particolare gli sviluppi in ambito tecnico-assicurativo che compromettono la situazione finanziaria dell'impresa. Tuttavia, non si deve limitare alla stima dei rischi tecnici, bensì valutare la situazione del rischio complessivo includendo, in particolare, i rischi finanziari degli investimenti. Se alcuni aspetti di questa funzione sono assunti da altri responsabili, ad esempio dal *Chief Risk Officer*, l'attuario responsabile deve informarsi presso di loro sui rischi suddetti e integrare la loro valutazione nel rapporto. Con la nuova formulazione della lettera a, il contenuto normativo della vigente lettera b è trasposto nella lettera a, mentre alla lettera b è attribuito un nuovo contenuto normativo.

Invece di «costituzione» di riserve tecniche (accantonamenti) sufficienti, nella lettera a la versione riveduta parla di «calcolo». L'attuario responsabile può e deve fornire alla direzione niente di più e niente di meno del calcolo delle riserve sufficienti, comunicando eventuali lacune nella costituzione delle riserve e inserendole nel rapporto. *In sede di redazione del disegno e relativo messaggio si intende proporre una correzione formale riguardante il testo in italiano: l'espressione «riserve tecniche» verrebbe sostituita in tutto il testo con «accantonamenti tecnici», per meglio rendere il termine tedesco «technische Rückstellungen».*

Nel calcolo delle riserve tecniche sufficienti devono essere utilizzati i dati riguardanti il portafoglio sottostante. L'attuario responsabile deve basarsi costantemente sulle informazioni ottenute dagli specialisti di altri reparti all'interno dell'azienda e sottoporle quindi a una verifica della plausibilità. In presenza di dubbi sulla reale esattezza delle informazioni, occorre chiederne conferma oppure consultare altre fonti interne all'impresa.

La nuova lettera b sancisce inoltre l'obbligo per l'attuario responsabile di verificare se l'importo legale del patrimonio vincolato sia conforme alle prescrizioni del diritto in materia di vigilanza. Qui si parla di «verifica», poiché in ultima istanza l'attuario

responsabile non ha la competenza di garantire effettivamente l'adempimento delle disposizioni prudenziali. Questa responsabilità spetta al consiglio di amministrazione, a eventuali commissioni del consiglio di amministrazione e alla direzione dell'impresa di assicurazione.

Cpv. 3^{bis}

Per consentire all'attuario responsabile di adempiere debitamente il proprio compito, la norma modificata gli riconosce la facoltà di rivolgersi direttamente al consiglio di amministrazione per consentirgli di reagire in modo adeguato alle lacune constatate e di rivolgersi alla massima istanza decisionale all'interno dell'impresa. Le modalità devono essere definite dalle singole imprese; sono ipotizzabili sia colloqui informali sia l'iscrizione dell'oggetto all'ordine del giorno della prossima seduta del consiglio d'amministrazione o di una commissione competente dello stesso consiglio.

Art. 25 cpv. 3, 5 e 6 Rapporto di gestione e rapporto di sorveglianza

L'articolo 25 capoverso 3, nella versione vigente, prescrive scadenze diverse per la presentazione dei rapporti degli assicuratori diretti e dei riassicuratori (30 aprile per gli assicuratori diretti e 30 giugno per i riassicuratori).

La distinzione si basa sull'ipotesi (superata) che i riassicuratori chiudano la propria contabilità dopo gli assicuratori diretti; oggi non esistono più validi motivi che la giustificano. Conformemente al nm. 106 della Circolare FINMA 2016/2 «Pubblicazione – assicurazioni (*public disclosure*)», anche i riassicuratori devono pubblicare la situazione finanziaria entro il 30 aprile, pertanto i dati devono essere già disponibili.

L'articolo 25 capoverso 5 contiene un rimando all'articolo 48 già abrogato, pertanto viene corretto nell'ambito della presente modifica. Con l'obbligo di pubblicazione si verrà a creare una sovrapposizione di dati tra quelli pubblicati dalle imprese di assicurazione e quelli che la FINMA deve pubblicare. Dal momento che le imprese di assicurazione pubblicano dati sottoposti a revisione, esiste un certo rischio di inconsistenza dei dati.

La nuova formulazione lascia spazio alla possibilità che la pubblicazione da parte della FINMA sia coordinata con l'obbligo di pubblicazione cui sono assoggettate le imprese di assicurazione. La FINMA può continuare a pubblicare dati come finora in riferimento al rapporto annuale, al mercato assicurativo e alla trasparenza, in risposta all'esigenza di informazione dell'opinione pubblica e degli assicurati.

Il vigente capoverso 6 può essere abrogato poiché viene integrato nel capoverso 5 con un nuovo contenuto normativo. Prima di pubblicare i dati relativi al rapporto annuale, al mercato assicurativo e alla trasparenza, la FINMA deve ponderare gli interessi in questione delle imprese di assicurazione, degli assicurati e dell'opinione pubblica.

Art. 27 Vigilanza interna sulle attività

Il capoverso 1 subisce una modifica redazionale poiché viene cancellato il termine «ispettorato», ormai superato e non più in uso per designare l'organo di revisione interno.

La portata della disposizione al capoverso 2 non è più adeguata e, secondo la prassi vigente della FINMA, risulta appropriata solo per le piccole imprese di assicurazione. La modifica era inoltre imprescindibile per il riconoscimento dell'equivalenza da parte dell'Unione europea. Per i suddetti motivi, in futuro si rinuncerà a questa norma derogatoria. Purché siano soddisfatte determinate condizioni, la revisione interna può anche essere esternalizzata. La rilevanza di un esonero è così senz'altro limitata (cfr. Circolare FINMA 2017/2 «Corporate governance – assicuratori», nm. 53–56). L'esternalizzazione integrale o parziale dei compiti della revisione interna è soggetta all'obbligo di approvazione conformemente all'articolo 4 capoverso 2 lettera j in combinato disposto con l'articolo 5. L'equivalenza con il diritto in materia di vigilanza dell'Unione europea sussiste anche nel caso di delega a terzi della revisione interna.

Sezione 5a *Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti nonché assicurazione diretta e riassicurazione all'interno del gruppo*

Art. 30a *Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti: agevolazioni*

Nella sistematica della legge la disposizione si orienta all'articolo 35 per le imprese che esercitano la riassicurazione e prevede adeguate agevolazioni per questa neocostituita categoria di imprese di assicurazione. In futuro sarà dunque possibile categorizzare le esigenze prudenziali. La priorità è attribuita alla necessità di proteggere gli stipulanti delle imprese di assicurazione. Di conseguenza, neppure le disposizioni riguardanti la procedura di mediazione di cui agli articoli 82 e 83 sono applicabili alle imprese di assicurazione che concludono contratti esclusivamente con stipulanti professionisti. Anche gli assicuratori diretti avranno la possibilità di beneficiare di un minor grado di regolamentazione e sorveglianza purché i contratti siano conclusi esclusivamente con stipulanti professionisti. Per la definizione di stipulanti professionisti, il capoverso 2 rimanda all'articolo 98a capoverso 2 lettere b–f della legge del 2 aprile 1908¹⁶ sul contratto d'assicurazione (LCA), così come riportato dal Consiglio federale nel suo messaggio nell'ambito della revisione parziale in atto della LCA (FF 2017 4401, 4445 e 4446). Le definizioni di stipulanti professionisti nella LCA e nella LSA non coincidono e ciò è giustificato in base alle considerazioni illustrate di seguito. Da un lato, nel campo di applicazione della LSA le PMI non sono considerate stipulanti professionisti, poiché non tutte sono in grado di formulare una stima fondata dei rischi, pertanto devono ad esempio continuare a poter beneficiare della costituzione del patrimonio vincolato da parte dell'impresa di assicurazione per i loro rischi assicurati. Dall'altro, secondo il capoverso 4 gli istituti di previdenza e gli istituti che si occupano di previdenza professionale non potranno beneficiare proprio di una delle agevolazioni, ossia la costituzione di un patrimonio vincolato presso l'assicurazione che copre tutti i rischi della previdenza professionale, di conseguenza sarebbe contrario al sistema qualificare questi istituti come stipulanti professionisti.

16 RS 221.229.1

Inoltre, l'intento della LCA è applicare in modo mirato le disposizioni cautelari del diritto in materia di contratti assicurativi. D'altro canto, la LSA garantisce la protezione degli assicurati contro i rischi di insolvenza delle imprese di assicurazione e contro gli abusi. Ciò non significa che le imprese di assicurazione operanti con controparti professioniste sono integralmente escluse dalla sorveglianza, ma esiste un certo margine per concedere agevolazioni specifiche. Questo modello presuppone che, in molti ambiti, nei contratti con controparti professioniste sia necessario un livello di protezione inferiore secondo il diritto in materia di sorveglianza rispetto a quanto avviene nei contratti riguardanti operazioni su larga scala con consumatori o clienti commerciali. L'esperienza insegna che almeno determinate controparti professioniste sono in grado di proteggersi efficacemente nel mercato assicurativo.

Per quanto sia auspicabile una certa armonizzazione tra la LCA e la LSA, peraltro sancita con l'articolo 30a capoverso 2, nella LSA si giustifica una norma più specifica rispetto alla LCA, tanto più che, secondo il campo d'applicazione della LSA, in base alle conoscenze di cui dispone la controparte professionista può stimare la propria controparte dal punto di vista dei rischi (rischio di credito ecc.). Di conseguenza, la controparte professionista deve disporre di una gestione professionale dei rischi. Questa prospettiva del rischio non è insita in pari misura nella LCA, che disciplina la relazione contrattuale tra le parti. Nella LCA tale prospettiva si dovrebbe poter limitare in primo luogo ai rischi operativi e, in particolare, a quelli giuridici.

In Parlamento è in corso il dibattito sul progetto di revisione parziale della LCA. Appare opportuno che la nozione di stipulanti professionisti coincida almeno parzialmente. I futuri lavori sulle due leggi dovranno considerare questo aspetto.

È inoltre fondamentale che le esigenze siano ridotte solo per quanto riguarda l'attività con le controparti professioniste, come precisato nel capoverso 3. Alle rimanenti attività si applicano le prescrizioni più severe. Vigge anche il principio secondo cui l'ambito istituzionale è determinato dall'attività con il massimo livello di protezione (attività con controparti non professioniste), ad esempio in riferimento agli strumenti generali di sorveglianza.

Al capoverso 4 è poi precisato che le eccezioni di cui al capoverso 1 non si applicano se dai contratti d'assicurazione conclusi con stipulanti professionisti potrebbero sorgere pretese derivanti da assicurazioni obbligatorie in favore di non professionisti. Qui ci si riferisce segnatamente ai diritti legali o contrattuali derivanti dai contratti collettivi o alle assicurazioni di responsabilità civile (si menzioni in particolare il diritto all'azione diretta della parte lesa contro gli assicuratori dei veicoli a motore conformemente all'articolo 65 della legge del 19 dicembre 1958¹⁷ sulla circolazione stradale, LCStr). In linea di principio, ai non professionisti aventi diritto a far valere pretese su questi contratti spetta la stessa protezione assicurativa (ad es. con il patrimonio vincolato) degli stipulanti non professionisti, tuttavia solo nei limiti delle assicurazioni obbligatorie. In ogni caso, deve essere inoltre costituito un patrimonio vincolato nell'assicurazione di tutti i rischi della previdenza professionale.

17 RS 741.01

Art. 30b *Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti: obbligo di chiarimento e di documentazione*

Questa nuova disposizione sancisce l'obbligo per l'impresa di assicurazione di chiarire e documentare adeguatamente lo status del potenziale stipulante, professionista o non professionista, prima della conclusione del contratto. Eventualmente, e segnatamente nei casi in cui lo status professionale dello stipulante non sia evidente fin dall'inizio, sono necessari accertamenti più approfonditi nell'interesse di entrambe le parti.

A sua volta la FINMA ha così la possibilità di verificare, ad esempio nel quadro di controlli incrociati in loco, se le 'imprese di assicurazione interpretano e gestiscono in modo unitario la nozione di professionalità degli stipulanti.

Art. 30c *Imprese di assicurazione che assicurano stipulanti professionisti: obbligo d'informare*

Con l'inserimento di questo nuovo articolo sono tutelati i legittimi interessi dei potenziali stipulanti. Infatti, prima di concludere un contratto, l'impresa di assicurazione deve informarli che sono considerati stipulanti professionisti. In tal modo giungono a conoscenza del fatto che non sarà costituito un patrimonio vincolato a garanzia delle loro pretese. Ciò può eventualmente indurli a negoziare con l'assicuratore la costituzione di uno strumento sostitutivo (garanzia o simili) o misure contrattuali compensative di altro tipo in grado di compensare o risarcire la mancanza di questa garanzia.

Art. 30d *Assicurazione diretta e riassicurazione all'interno del gruppo*

Il nuovo articolo 30d comporta una deregolamentazione di vasta portata. Nel diritto vigente, le imprese di assicurazione che esercitano l'assicurazione diretta all'interno del gruppo (cosiddette *captive*) sono considerate «normali» assicuratori di cose, tenuti a costituire un patrimonio vincolato. Questa disposizione si applica anche alle imprese di riassicurazione interne al gruppo.

Il capoverso 1 si rifà all'analogo capoverso all'articolo 30a e persegue anche la stessa *ratio legis*: in futuro diventa dunque possibile categorizzare le esigenze prudenziali. La priorità è attribuita alla necessità di proteggere gli stipulanti delle imprese di assicurazione. Di conseguenza, anche le disposizioni in merito alla procedura di mediazione di cui agli articoli 82 e 83 non si applicano alle imprese di assicurazione che esercitano l'attività di assicurazione diretta o la riassicurazione interna al gruppo. Anche le imprese di assicurazione *captive* che esercitano l'assicurazione diretta avranno la possibilità di beneficiare di un minor grado di regolamentazione e di sorveglianza purché esercitino esclusivamente all'interno del gruppo. Lo stesso vale per le imprese di riassicurazione *captive* che esercitano all'interno del gruppo.

La definizione delle imprese *captive* secondo il nuovo capoverso 2 si rifà all'articolo 13 paragrafi 2 e 5 della direttiva Solvibilità II, tuttavia la presente definizione di impresa *captive* è più ampia in un aspetto, poiché l'UE sancisce che siano assicurati soltanto i rischi di una o più imprese del gruppo. La presente disposizione ammette, invece, che possano essere limitatamente assicurati anche rischi estranei al gruppo.

Tuttavia, un'impresa *captive* che assicura anche rischi estranei al gruppo non beneficia in pari misura delle agevolazioni accordate alle imprese *captive* «pure».

Il capoverso 3 è in linea con le analoghe disposizioni degli articoli 30a e 35. Un'impresa *captive* può quindi esercitare un'attività con terzi, ma dal nuovo articolo 30d si evince e *contrario* che per questa attività con terzi l'impresa *captive* deve soddisfare tutti i requisiti come ogni altro assicuratore diretto o riassicuratore. Ciò significa che deve adempiere tutte le esigenze prudenziali di un assicuratore diretto con stipulanti non professionisti oppure che può avvalersi dell'articolo 30a se tale attività con terzi è un'attività cosiddetta *wholesale*. Se il beneficiario dei contratti assicurativi è un terzo non professionista (ad es. assicurato nell'ambito di un contratto collettivo, parte lesa da un'azione coperta dalla responsabilità civile), deve poter godere della stessa protezione assicurativa di ogni altro stipulante non professionista. Le imprese *captive* sono dunque legittimate a esercitare un'attività assicurativa dalla quale possono risultare beneficiari non professionisti, ma in conseguenza di tale attività sono pienamente assoggettate alle norme della LSA. L'impresa *captive* ha quindi la facoltà di decidere se, in considerazione della conseguenza *suesposta*, vuole esercitare un'attività con terzi; tale disciplinamento risulta pertanto conforme al regime di vigilanza in vigore nell'UE.

Analogamente all'articolo 30a capoverso 4, al capoverso 4 del presente articolo è precisato che le eccezioni formulate al capoverso 1 non si applicano se dai contratti d'assicurazione conclusi con stipulanti professionisti potrebbero sorgere pretese derivanti da assicurazioni obbligatorie in favore di non professionisti.

Art. 35 Riassicurazione

Le imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente l'attività di riassicurazione godono oggi del regime di sorveglianza più liberale tra tutte le imprese di assicurazione. Con la nuova norma sancita all'articolo 30a per le imprese di assicurazione che concludono esclusivamente contratti con stipulanti professionisti, sono introdotte per esse agevolazioni di più vasta portata. Con le modifiche al capoverso 1 e la riformulazione del capoverso 2 queste agevolazioni sono opportunamente concesse anche alle imprese di riassicurazione, specularmente a quelle dell'articolo 30a. Di conseguenza, le disposizioni sulla procedura di mediazione previste agli articoli 82 e 83 non sono applicabili alle imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente la riassicurazione.

Cpv. 1 e 2

La scelta della formulazione già presente «imprese di assicurazione che esercitano esclusivamente la riassicurazione» è consapevole. Da un lato i riassicuratori beneficiano del regime più liberale, dall'altro con «esclusivamente» risulta chiaro che le norme derogatorie si applicano soltanto se l'impresa di assicurazione esercita unicamente l'attività di riassicurazione.

Nelle norme derogatorie è ora inserito l'articolo 10 riguardante il Fondo d'organizzazione, non più obbligatorio.

Ciò nonostante, occorre osservare che la lotta contro qualsiasi violazione del diritto in materia di vigilanza così come contro altre forme di messa in pericolo degli interessi

degli assicurati continua a rientrare negli ulteriori compiti della FINMA ai sensi dell'articolo 46 e, in combinato disposto con l'articolo 51 e seguenti, possono essere affrontati con gli strumenti della LFINMA.

Viene invece stralciato dalle eccezioni – ed è quindi di nuovo applicabile – l'articolo 15, con l'eccezione del capoverso 1 lettera d. È chiaro, tuttavia, che l'applicabilità sussiste solo se si tratta realmente della succursale di un'impresa di riassicurazione estera. Nel caso di un'impresa di riassicurazione svizzera, l'articolo 15 non è applicabile. Al capoverso 1 è quindi aggiunta la menzione dell'articolo 52e capoverso 1.

Il nuovo tenore del capoverso 2 precisa ciò che è già prassi, segnatamente che gli assicuratori esercitanti un'attività mista possono continuare a non costituire un patrimonio vincolato a garanzia dell'attività di riassicurazione.

Qui viene quindi puntualizzato che in questa categoria di imprese di assicurazione rientrano anche le imprese *captive* che esercitano esclusivamente l'attività di riassicurazione.

Sezione 7: Assicurazioni sulla vita qualificate

Art. 39a Definizione

Conformemente alla volontà espressa dal legislatore nella LSerFi, per «assicurazioni sulla vita qualificate» sono intesi i prodotti assicurativi che hanno il carattere di investimento e sottostanno alle pertinenti prescrizioni in materia di protezione degli investitori. Viene così creato un contesto di condizioni paritetiche (*level playing field*) con i prodotti d'investimento contemplati nella LSerFi al di fuori del settore assicurativo, il che è anche in linea con gli standard diffusi a livello internazionale per l'integrità della piazza finanziaria.

Il criterio determinante per l'assoggettamento dei prodotti assicurativi alle presenti disposizioni cautelari è il rischio dell'investimento. Per ogni prodotto è possibile verificare se lo stipulante sopporta un rischio d'investimento. In caso affermativo, sono giustificati gli obblighi di informazione e la verifica dell'appropriatezza. Nel contempo, per il settore assicurativo è puntualizzato che i prodotti che hanno come unica componente una partecipazione alle eccedenze e un possibile carattere d'investimento non sono considerati assicurazioni sulla vita qualificate. Per questi prodotti si collocano in primo piano gli interessi garantiti, mentre l'eventuale integrazione della partecipazione alle eccedenze non costituisce la peculiarità del prodotto. È dunque giustificato che tali prodotti non siano inseriti nel campo d'applicazione dell'articolo 39a. L'impresa di assicurazione deve tuttavia comunicare chiaramente allo stipulante che la partecipazione alle eccedenze può essere nulla, in funzione del risultato d'esercizio dell'impresa di assicurazione.

Tra le assicurazioni sulla vita qualificate si annoverano anche le operazioni di capitalizzazione e le operazioni tontinarie. Nel caso delle operazioni di capitalizzazione, tra l'impresa di assicurazione e lo stipulante viene conclusa una convenzione contrattuale concernente l'assunzione di valori patrimoniali e la loro gestione secondo un procedimento matematico. Per l'impresa di assicurazione tale operazione è priva di rischio biometrico. Di norma, questi prodotti implicano un rischio d'investimento, pertanto è

giustificato prescrivere opportuni obblighi di informazione e la verifica dell'appropriatezza. Nelle operazioni tontinarie occorre allestire un piano che preveda la capitalizzazione comune dei contributi versati nell'ambito dei contratti di assicurazione e che regoli la distribuzione del capitale accumulato ai superstiti o ai successori legali delle persone decedute. Il rischio assicurato non è assunto in quanto tale dall'impresa di assicurazione, ma dalla stessa comunità di assicurati, i cui membri sopportano anche un rischio d'investimento, poiché le somme versate devono essere opportunamente investite. Di conseguenza, anche per le operazioni tontinarie la prescrizione degli obblighi di informazione e della verifica dell'appropriatezza appare giustificata, poiché la loro forma è orientata in modo predominante al mercato dei capitali.

Art. 39b *Foglio informativo di base per assicurazioni sulla vita qualificate*

Cpv. 1

L'obbligo di redigere un foglio informativo di base riguarda l'impresa di assicurazione che offre un'assicurazione sulla vita qualificata. Nell'ambito assicurativo non è opportuno sancire tale obbligo per l'emittente dello strumento finanziario, come previsto nella LSerFi all'articolo 58, poiché sono rari i casi in cui un'impresa di assicurazione vende assicurazioni di terzi sulla vita.

Cpv. 2

La disposizione si rifà al caso speciale disciplinato all'articolo 58 capoverso 4 LSerFi, secondo cui alla stipula di un contratto devono essere fornite soltanto indicazioni orientative concernenti la parte dell'assicurazione sulla vita qualificata destinata all'investimento.

Cpv. 3

Questa disposizione intende evitare che per un assicurato debbano essere approntate le stesse informazioni in virtù della LCA e delle disposizioni riguardanti il foglio informativo di base.

Cpv. 4

Conformemente all'articolo 58 capoverso 3 LSerFi, qui viene espressamente ammessa la possibilità che la redazione del foglio informativo di base sia delegata a terzi qualificati.

Art. 39c *Contenuto del foglio informativo di base*

Cpv. 1 e 2

Il foglio informativo di base deve contenere in particolare la descrizione esatta e indicazioni concernenti il tipo e le caratteristiche dell'assicurazione sulla vita in questione, l'identità dell'assicuratore, il profilo di rischio e di rendimento e i costi una tantum e correnti a carico dell'assicurato (cfr. in proposito anche art. 60 LSerFi). Il Consiglio federale concretizzerà le disposizioni nell'ambito dell'ordinanza.

È quindi precisato che, a differenza ad esempio del prospetto riguardante un'offerta pubblica di valori mobiliari, lo scopo del foglio informativo di base è consentire un raffronto tra diversi prodotti d'investimento analoghi. Di conseguenza, il Consiglio federale potrà emanare a livello di ordinanza prescrizioni quanto più possibile unitarie per il rilevamento delle principali informazioni sotto forma di griglia.

Cpv. 3

La disposizione disciplina il caso in cui il prodotto d'investimento contenuto nell'assicurazione sulla vita qualificata sia uno strumento finanziario ai sensi della LSerFi. In tal caso, nel foglio informativo di base secondo la LSA devono figurare le indicazioni sullo strumento finanziario prescritte nella LSerFi e nella relativa ordinanza oppure è consentito rinviare all'eventuale foglio informativo di base approntato ai sensi della LSerFi.

Art. 39d *Disposizioni complete*

Così come avvenuto nell'ambito della LSerFi, il Consiglio federale emanerà disposizioni complete a livello di ordinanza relativamente alla struttura concreta del foglio informativo di base.

Art. 39e *Obblighi d'informare nelle assicurazioni sulla vita qualificate
oggetto di una raccomandazione*

Il contenuto dell'articolo si orienta all'analoga disposizione riguardante gli obblighi generali di informazione contenuti nella LSerFi per la raccomandazione di strumenti finanziari (art. 8 cpv. 1 LSerFi). In particolare, nel raccomandare assicurazioni sulla vita qualificate, gli intermediari assicurativi devono informare gli stipulanti sulle spese di sottoscrizione, incasso e amministrazione (premio in funzione delle spese).

Art. 39f *Pubblicità*

La disposizione riprende quella dell'articolo 68 LSerFi applicabile ai fornitori di servizi finanziari in generale.

Art. 39g *Verifica dell'appropriatezza per assicurazioni sulla vita
qualificate*

Queste disposizioni si rifanno a quelle riguardanti l'appropriatezza e l'adeguatezza nell'ambito dei servizi finanziari (artt. 10–14 LSerFi). Analogamente alla LSerFi, si tratta di obblighi già oggi risultanti fondamentalmente dai generali diritti e doveri reciproci secondo la buona fede in un contratto di prestazione di servizi, che si intendono qui concretizzare ai fini della certezza del diritto, nell'interesse di tutti. In analogia con la LSerFi, il capoverso 4 sancisce che non è necessario verificare l'appropriatezza se l'assicurazione sulla vita qualificata è conclusa su richiesta dello stipulante e senza una consulenza personale (operazione cosiddetta *execution only*).

Art. 39h Documentazione e rendiconto per le assicurazioni sulla vita qualificate

Anche le norme qui sancite risultano da principi generalmente riconosciuti del diritto contrattuale, così come concretizzati nella LSerFi per i fornitori di servizi finanziari (artt. 15 e 16 LSerFi). Appare ovvio che la relazione con il cliente debba essere documentata (gli strumenti elettronici oggi a disposizione consentono di farlo in modo semplice ed efficiente). In un'eventuale controversia con lo stipulante una documentazione accurata è utile anche all'impresa di assicurazione in caso di difficoltà a raccogliere elementi probatori. Pure l'obbligo di dare conto della documentazione e dei servizi forniti è conforme a uno standard generalmente riconosciuto.

Art. 39i Prevenzione di conflitti d'interessi nelle assicurazioni sulla vita qualificate

Nella fornitura di servizi relativi ad assicurazioni sulla vita qualificate, le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi devono evitare per quanto possibile conflitti d'interessi. Devono dunque provvedere affinché i loro propri interessi e quelli dei loro collaboratori non si contrappongano agli interessi dei clienti. Devono altresì garantire che gli interessi dei clienti non entrino in conflitto tra loro. Per evitare conflitti d'interessi, le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi devono fare il necessario per riconoscerli. In particolare, sono tenuti a verificare se, per essi stessi o i loro collaboratori, esistano incentivi a trascurare gli interessi degli stipulanti o ad anteporre i propri interessi.

Nei limiti del possibile, le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi devono eliminare i conflitti d'interessi con misure adeguate. Ove non sia possibile escluderli, devono essere resi noti prima di stipulare il contratto di assicurazione. Gli stipulanti devono poter valutare se vogliono concludere un contratto. Non deve essere possibile rinunciare con troppa facilità a eliminare completamente un conflitto d'interessi. Per quanto riguarda le indennità corrisposte, si applica la disposizione speciale dell'articolo 45a.

Art. 40 Definizione

Il diritto in materia di sorveglianza distingue gli intermediari assicurativi tra vincolati e non vincolati. La normativa in vigore definisce all'articolo 43 capoverso 1 (iscrizione a registro) gli intermediari assicurativi non vincolati e all'articolo 183 OS (obbligo di iscrizione) precisa i criteri per gli intermediari assicurativi vincolati.

A livello materiale la disposizione in essere non deve essere modificata, tuttavia nella LSA si intende elaborarla dal profilo formale. Gli intermediari assicurativi non vincolati e gli intermediari assicurativi vincolati sono ora definiti ai capoversi 2 e 3, dove è chiaramente sottolineato che gli intermediari assicurativi non vincolati intrattengono un rapporto di fiducia con gli stipulanti e agiscono nell'interesse di questi ultimi. Tutti gli altri intermediari assicurativi sono quindi considerati non vincolati. In proposito sono soprattutto intesi i casi in cui un intermediario assicurativo intrattiene un rapporto di fiducia con un'impresa di assicurazione in qualità di lavoratore dipendente o di agente. Continuerà invece a dipendere dalle circostanze quali attività siano qualificate

aumenterà le risorse di personale da assegnare alla sorveglianza dell'attività di intermediazione non vincolata per adempiere fattivamente alle aspettative riguardanti la sua attività nei confronti degli assoggettati alla vigilanza.

Gli altri intermediari assicurativi intrattengono un rapporto di fiducia palesato e riconoscibile con i loro datori di lavoro, che nella quasi totalità dei casi sono imprese di assicurazione. La FINMA può esercitare la sorveglianza su questi intermediari assicurativi vincolati indirettamente e in modo efficace tramite le imprese di assicurazione. A tal fine l'iscrizione al registro non è necessaria.

Cpv. 1

La disposizione riprende l'obbligo di iscrizione al registro della FINMA già sancito al vigente articolo 43 per gli intermediari assicurativi non vincolati. Parallelamente viene precisato che l'iscrizione al registro è indispensabile per esercitare l'attività in qualità di intermediari assicurativi non vincolati. La FINMA sarà così in grado di verificare l'adempimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività già prima che i diversi attori entrino sul mercato e, all'occorrenza, di reagire.

Cpv. 2

Qui sono formulati i requisiti dell'iscrizione al registro, con la precisazione che spetta agli intermediari assicurativi non vincolati provarne l'adempimento. Questo capoverso riprende il contenuto dispositivo del vigente articolo 44 (conoscenze professionali e assicurazione di responsabilità civile, lett. c e d), che viene dunque stralciato. In aggiunta, sono prescritte la buona reputazione e la garanzia dell'esecuzione degli obblighi derivanti dalla LSA (lett. b), in linea con lo standard corrente per l'abilitazione a esercitare l'attività sul mercato finanziario (cfr. in proposito, ad esempio, l'art. 11 LIIsFi). In considerazione delle ingenti risorse necessarie per attuare l'estesa norma di garanzia dell'articolo 14 per le imprese di assicurazione, la garanzia per la sorveglianza degli intermediari è limitata a garantire «l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente legge».

La lettera a stabilisce quindi che gli intermediari assicurativi non vincolati devono avere la sede, il domicilio o una succursale in Svizzera. Ciò è ritenuto imprescindibile per una sorveglianza efficace da parte della FINMA, che ha così la possibilità di utilizzare e applicare i propri strumenti di vigilanza. Infine, viene richiesta la prova dell'affiliazione a un organo di mediazione, anch'esso inserito nella LSA modificata (lett. e).

Cpv. 3

In questo capoverso sono enunciati i motivi di esclusione per l'iscrizione a registro. Non è iscritto al registro chi è iscritto nel casellario giudiziale per avere contravvenuto intenzionalmente le disposizioni della LSA che prevedono sanzioni penali ai sensi del diritto in materia di sorveglianza oppure per avere commesso un reato contro il patrimonio punibile ai sensi del Codice penale (CP) (lett. a). Inoltre, nei confronti del richiedente non deve essere stato ordinato un divieto di esercizio dell'attività o della professione secondo la LFINMA.

Cpv. 4

Anche nella versione riveduta, il Consiglio federale definisce i requisiti per l'assicurazione di responsabilità civile professionale e fissa l'ammontare minimo delle garanzie finanziarie. Può delegare alla FINMA il disciplinamento dei dettagli di natura tecnica.

Art. 42a *Registro*

La FINMA tiene ancora il registro degli intermediari assicurativi non vincolati direttamente assoggettati alla sua vigilanza. Contestualmente, con l'aggiunta al capoverso 1, viene precisato a titolo restrittivo che gli intermediari assicurativi vincolati non possono più iscriversi al registro, neppure su base volontaria. Tuttavia, la FINMA può integrare nel registro gli intermediari assicurativi non sottoposti all'obbligo di registrazione che forniscono la prova di voler avviare un'attività all'estero per la quale lo Stato interessato esige un'iscrizione nel registro in Svizzera (cpv. 4). Concretamente, si pensi agli intermediari assicurativi che esercitano o vogliono avviare un'attività nel Principato del Liechtenstein.

Il settore ha la facoltà di tenere un proprio registro di tutti gli intermediari assicurativi oppure di ampliare un registro già esistente (ad esempio Cicero). Al capoverso 3, la FINMA è quindi autorizzata a trasmettere a terzi le indicazioni contenute nel suo registro o a renderle accessibili con procedura di richiamo, in modo che sia possibile accedere ai dati contenuti nel registro della FINMA ad esempio mediante un'interfaccia.

Art. 43 *Requisiti per gli intermediari assicurativi*

Cpv. 1

Il contenuto dispositivo del nuovo articolo 43 è identico a quello dell'articolo 6 LSerFi. L'esigenza di disporre delle capacità e delle conoscenze necessarie riguarda tutti gli intermediari assicurativi, vincolati e non vincolati. Per gli intermediari assicurativi non vincolati, inoltre, le capacità e conoscenze necessarie sono una delle condizioni per l'iscrizione a registro secondo gli articoli 42 e 42a. Dalla precisazione che tutti gli intermediari assicurativi devono disporre delle capacità e delle conoscenze necessarie all'esercizio della loro attività si evince necessariamente che questi requisiti non possono essere meno severi rispetto a quelli attuali, così come definiti nell'OS.

Cpv. 2

Il Consiglio federale continua a definire i requisiti professionali, personali e organizzativi per tutti gli intermediari assicurativi. Lo faceva già nell'OS e se necessario adeguerà i diversi requisiti in modo appropriato e conforme al mutare delle esigenze. È comunque chiaro che i requisiti non possono essere meno severi rispetto a quelli attuali.

Art. 44 *Condizioni per l'iscrizione a registro*

Questo articolo viene abrogato. La disposizione è trasposta con un contenuto praticamente identico nell'articolo 42, che nella versione modificata disciplina l'obbligo e le condizioni di registrazione per gli intermediari assicurativi non vincolati.

Art. 45 *Obbligo d'informare*

Gli intermediari assicurativi devono fornire agli stipulanti indicazioni riguardanti sé stessi, la protezione dei dati e la possibilità di avviare una procedura di mediazione. Queste informazioni rivestono una particolare importanza nella fase preliminare alla conclusione del contratto. Devono essere formulate nel modo più semplice e comprensibile possibile e non dare adito a fraintendimenti o confusioni. Devono essere comprensibili da parte di un destinatario con conoscenze medie.

Cpv. 1

Conformemente alla normativa vigente (cfr. cpv. 1 lett. a), l'obbligo generale d'informare comprende le indicazioni su nome e indirizzo (lett. a) e sulla forma dell'intermediazione (vincolata o non vincolata). Se l'intermediazione è svolta su incarico di una o più imprese di assicurazione, l'obbligo d'informare include il loro nome e indirizzo. Dal punto di vista del contenuto, l'obbligo qui sancito corrisponde a quello di cui al capoverso 1 lettera c secondo la versione in vigore. Inoltre, gli intermediari assicurativi devono indicare agli stipulanti come possono informarsi in merito al livello della loro formazione e formazione continua secondo l'articolo 43 (lett. c). Così come disposto nel diritto vigente (lett. d), l'intermediario assicurativo deve inoltre designare una persona responsabile che risponda in caso di danni, segnatamente informazioni errate, errori e negligenze. A ciò si aggiunge, conformemente agli obblighi di informazione sanciti all'articolo 8 LSerFi per i fornitori di servizi finanziari, l'obbligo di informare gli stipulanti sulla possibilità di avviare una procedura di mediazione dinanzi a un organo di mediazione (lett. f). Infine, rimane invariato l'obbligo di informare sul trattamento dei dati personali (lett. e).

Cpv. 2 e 3

I capoversi 2 e 3 concretizzano le disposizioni sinora disciplinate al capoverso 2 in merito alla fornitura delle informazioni di cui al capoverso 1. Non è più richiesto che le informazioni debbano essere fornite su un supporto durevole, anzi, possono essere trasmesse anche in versione elettronica, ma è ovvio che i destinatari devono avere la possibilità di memorizzarle nei loro sistemi in modo permanente. In analogia al disciplinamento vigente per le imprese di assicurazione all'articolo 3 capoverso 2 LCA, le informazioni devono essere trasmesse agli stipulanti in modo che questi possano venirne a conoscenza quando richiedono o accettano il contratto d'assicurazione (cpv. 3).

Art. 45a *Pubblicazione delle indennità*

Il sistema di remunerazione oggi più diffuso tra gli intermediari assicurativi non vincolati si basa sulle commissioni. Per ogni contratto d'assicurazione concluso, gli intermediari ricevono dall'impresa di assicurazione una commissione (o provvigione), che è inclusa nel premio assicurativo (lordo). Pagando i premi all'impresa di assicurazione, gli stipulanti finanziano quindi indirettamente anche l'onorario degli intermediari assicurativi non vincolati.

Il sistema basato su commissioni genera un conflitto di interessi per gli intermediari assicurativi non vincolati. In base al rapporto di mandato con i loro clienti, sono tenuti a tutelare gli interessi degli assicurati nei confronti dell'impresa di assicurazione, dalla

quale sono tuttavia pagati per la loro attività di intermediazione. Questa situazione crea un conflitto tra l'interesse degli assicurati a concludere un contratto ottimale e l'interesse dell'intermediario assicurativo non vincolato a ottenere un'indennità il più possibile elevata.

Con il nuovo articolo 45a viene precisato che gli intermediari assicurativi non vincolati devono esplicitamente informare gli stipulanti riguardo a tutte le indennità che ricevono da terzi (ad es. dalle imprese di assicurazione) in relazione alla fornitura dei servizi (cpv. 1).

Gli intermediari assicurativi non vincolati che, oltre all'indennità suesposta, ricevono un compenso in virtù del rapporto di mandato con l'assicurato, possono tenere le indennità ricevute da imprese di assicurazione o da altri terzi soltanto se (1) ne hanno previamente informato gli assicurati in modo esplicito e (2) gli assicurati rinunciano esplicitamente a farsi riversare l'indennità (cpv. 2 lett. a). La rinuncia tacita non è sufficiente. In assenza della rinuncia, l'indennità ricevuta deve essere integralmente riversata allo stipulante (cpv. 2 lett. b).

L'informazione è sufficiente se gli assicurati conoscono la natura e l'entità delle indennità prima della conclusione del contratto o prima della fornitura del servizio. Se l'importo non può essere determinato in anticipo, occorre fornire informazioni almeno sui parametri di calcolo e sui valori di massima. Non appena l'ammontare dell'indennità è definito e noto, in virtù del capoverso 1 gli assicurati devono essere immediatamente informati riguardo all'importo concreto. Anche in caso di un'eventuale rinuncia all'indennità, su loro richiesta gli assicurati devono essere informati riguardo all'indennità ricevuta (cpv. 3).

Al capoverso 4 è quindi definito che cosa è considerato indennità e precisato che tutte le prestazioni che gli intermediari assicurativi non vincolati ricevono da terzi (in particolare da imprese di assicurazione) in relazione alla fornitura di un servizio sono considerate indennità ai sensi della presente legge.

La norma sancita all'articolo 45a costituisce un obbligo di diritto pubblico (prudenziale) di informare e riversare l'indennità ricevuta da terzi. L'articolo 45a non è concepito come norma con doppia natura, pertanto non ha un effetto diretto sul rapporto di diritto privato. Segnatamente, la disposizione di cui all'articolo 45a non prevale sulle pretese derivanti dalle norme sul mandato. D'altro canto, il giudice civile può riferirsi agli obblighi prudenziali di informare per concretizzare il rapporto di diritto privato. In questa ottica tali obblighi hanno una ricaduta sul rapporto di diritto civile.

Art. 46 cpv. 1

L'aggiunta alla lettera b autorizza la FINMA a verificare sistematicamente se le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi godono di una buona reputazione e garantiscono l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla LSA. L'inserimento del requisito della buona reputazione all'articolo 14 per le imprese di assicurazione e all'articolo 42 per gli intermediari assicurativi non vincolati amplia di conseguenza anche i compiti della FINMA. Questa aggiunta consente inoltre alla FINMA di controllare direttamente tutti gli intermediari assicurativi in merito al requisito della buona reputazione, rafforzando in ultima istanza la vigilanza sugli abusi. La lettera f del testo

tedesco viene modificata formalmente, adeguandola alla nuova terminologia della LSA.

Sezione 2 *Provvedimenti conservativi, provvedimenti in caso di pericolo d'insolvenza e liquidazione*

Art. 51 *Provvedimenti conservativi*

Cpv. 1

Al fine di garantire un'applicazione inclusiva dei provvedimenti, nell'elenco dei soggetti giuridici che possono essere interessati da provvedimenti conservativi vengono incluse le società del gruppo e del conglomerato importanti. L'adeguamento riflette la prassi odierna e viene ancorato a livello normativo a titolo di precisazione.

Cpv. 2

La modifica alla lettera g si rende necessaria in seguito allo spostamento dell'articolo 42 concernente il registro all'articolo 42a.

Nella versione attuale, la lettera i condiziona la possibilità di disporre una moratoria o una proroga delle scadenze all'esistenza di un pericolo d'insolvenza. Il concetto di pericolo d'insolvenza viene ora definito nell'articolo 51a e costituisce segnatamente la base per l'avvio di una procedura di risanamento o per l'apertura di una procedura di fallimento dell'assicurazione. La possibilità di moratoria e proroga delle scadenze non dovrebbe essere condizionata all'esistenza di un pericolo d'insolvenza nel senso appena menzionato. Se gli interessi degli assicurati sono a rischio e questa misura appare utile e proporzionata, la FINMA dovrebbe poterla ordinare già in un momento antecedente. Tutto ciò premesso, occorre rimuovere il vincolo che circoscrive questa misura al pericolo d'insolvenza.

Cpv. 3

La normativa vigente riguardo alla pubblicazione di provvedimenti conservativi ai sensi di questo capoverso viene integrata nella misura in cui prevede ora la possibilità di rinunciare alla pubblicazione qualora ciò pregiudicasse lo scopo del provvedimento ordinato. Può infatti accadere che, anziché fornire sicurezza, la pubblicazione di un provvedimento provochi ulteriori incertezze nel mercato, destabilizzando di conseguenza l'impresa di assicurazione e rendendo in definitiva impossibile ordinare un provvedimento veramente efficace. In simili casi si può rinunciare alla pubblicazione in virtù di una ponderazione degli interessi. Questa integrazione sancisce espressamente una consuetudine già riconosciuta nella procedura di risanamento delle banche.

Art. 51a *Provvedimenti in caso di pericolo d'insolvenza*

Cpv. 1

L'articolo 51a definisce il pericolo d'insolvenza (eccedenza di debiti o seri problemi di liquidità) ed enuncia le misure che possono essere ordinate dalla FINMA in presenza di tale pericolo.

Il pericolo d'insolvenza si evince dalla situazione patrimoniale; l'eccedenza di debiti e la scarsa liquidità sono quindi gli unici criteri determinanti. I concetti dell'insolvenza, dell'eccedenza di debiti e della scarsa liquidità si basano sui principi della LEF.

Diversamente da quanto disposto nella LEF, non è necessario attendere che si sia effettivamente verificata una situazione d'insolvenza dell'impresa di assicurazione. Piuttosto, è sufficiente l'esistenza di un timore fondato in tal senso (pericolo d'insolvenza). Ciò permette alla FINMA di adottare misure già in un momento antecedente. La formulazione riprende quella dell'attuale articolo 53 capoverso 1, che può quindi essere abrogato, nonché la norma corrispondente di cui all'articolo 25 capoverso 1 LBCR e lo standard internazionale in questo settore.

Nel valutare l'esistenza di un pericolo d'insolvenza non sono rilevanti le prescrizioni prudenziali in materia di capitale previste dalla LSA. Nello specifico, le misure di insolvenza non devono ricondursi agli esiti del test SST. L'attuale sistema delle soglie d'intervento del test SST si fonda sull'articolo 51 e rimane applicabile.

Cpv. 2

Il capoverso 2 precisa che i provvedimenti conservativi di cui all'articolo 51 possono essere ordinati non solo in una procedura a sé stante ma anche nel contesto di un risanamento o di un fallimento dell'assicurazione. L'avvio di una procedura di risanamento, in particolare, può rendere necessari altri provvedimenti conservativi.

Cpv. 3

Il contenuto di questo capoverso è stato ripreso senza sostanziali modifiche dall'articolo 53.

Con questa disposizione si esclude la moratoria nel diritto della società anonima, ovvero il differimento del fallimento e la relativa competenza del tribunale civile. Nel caso di applicazione dell'articolo 51a, la competenza esclusiva spetta alla FINMA. Il restante contenuto degli articoli 725 e seguenti CO rimane invariato.

Con il disciplinamento specifico del risanamento decade anche l'applicabilità delle disposizioni concernenti la procedura concordataria secondo la LEF.

Cpv. 4

Di regola, le misure coattive di autorità pubbliche producono effetti solo nell'ordinamento nazionale. L'applicabilità delle misure svizzere previste nel presente articolo a patrimoni esteri di un'impresa di assicurazione svizzera dipende dal dettato del diritto estero. È probabile che le misure non sarebbero eseguibili secondo il diritto statunitense. Diversamente, l'articolo 9 paragrafo 1 del Regolamento (CE) n. 593/2008 (Roma I)¹⁸, vigente in tutti gli Stati membri dell'UE, consente di tenere conto delle norme di applicazione necessaria di Stati terzi (c.d. *loi d'application immédiate*). Una delle condizioni è però che la volontà internazionale di applicazione emerga chiaramente dalla norma in questione. Il capoverso 4 esplicita pertanto che gli ordini della FINMA di cui al capoverso 1 possono riguardare tutti gli elementi patrimoniali

¹⁸ Regolamento (CE) n. 593/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 giugno 2008, sulla legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (Roma I), GU L 177 del 4.7.2008, pag. 6, rettificata dalla GU L 309 del 24.11.2009, pag. 87.

dell'impresa di assicurazione, inclusi tutti i suoi attivi e passivi che si trovano in Svizzera e all'estero. Questa pretesa extraterritoriale è in linea con il disciplinamento della legge sulle banche e della LEF.

Art. 51b *Prevalenza degli accordi di compensazione, di valorizzazione e di trasferimento*

Questa norma corrisponde all'analoga disposizione del diritto bancario (art. 27 LBCR), adeguata con la LInFi. Come nella LBCR occorre infatti che anche la LSA preveda un corrispondente elenco delle eccezioni.

Sezione 2a *Risanamento*

La LSA attualmente in vigore disciplina in modo esaustivo solo la procedura di fallimento. Sebbene la legge stessa presupponga il risanamento (cfr. art. 53 cpv. 1), allo stato attuale manca un disciplinamento della procedura di risanamento per imprese di assicurazione. Con la nuova sezione 2a si intende colmare questa lacuna normativa e disciplinare esplicitamente attraverso la legge anche la procedura di risanamento. Le nuove disposizioni concernenti la procedura di risanamento riprendono le corrispondenti disposizioni della LBCR, tenendo tuttavia conto delle peculiarità delle imprese di assicurazione.

Il concetto di impresa di assicurazione secondo questa sezione contempla sia le imprese di assicurazione svizzere di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettera a sia le imprese di assicurazione con sede all'estero che esercitano la loro attività assicurativa in Svizzera o a partire dalla Svizzera (art. 2 cpv. 1 lett. b).

Art. 52a *Procedura*

Cpv. 1

Questa disposizione si conforma all'articolo 28 LBCR. Come nella legge sulle banche, l'avvio di una procedura di risanamento secondo la LSA presuppone un pericolo d'insolvenza (cfr. art. 51a cpv. 1 lett. b). La FINMA può avviare una procedura di risanamento in presenza di buone prospettive non solo di risanare l'(intera) impresa di assicurazione ma anche di continuare semplicemente a offrire singoli servizi assicurativi (ad es. mantenimento di portafogli, dell'amministrazione dei portafogli o del servizio sinistri). La continuazione di queste parti può anche, in seguito a trasferimento, avvenire presso un'altra impresa di assicurazione mentre le rimanenti parti della società vengono liquidate nel quadro di un fallimento. L'obiettivo primario del risanamento non è salvare l'impresa di assicurazione esistente bensì garantire agli assicurati la migliore protezione possibile.

Cpv. 2 e 4

Potrebbe eventualmente rendersi necessaria l'emanazione di ulteriori disposizioni speciali per l'esecuzione della procedura di risanamento. In questo caso, la FINMA può emanare le decisioni di carattere speciale necessarie per il singolo caso ma anche disciplinare i dettagli della procedura in termini generali e astratti sotto forma di un'or-

dinanza. In tal caso si tratterà segnatamente di disposizioni di natura formale e procedurale. La FINMA si è avvalsa di questa competenza sia per il caso di fallimento, con l'ordinanza FINMA del 17 ottobre 2012¹⁹ sul fallimento delle assicurazioni (OFA–FINMA), sia per l'insolvenza delle banche, con l'ordinanza FINMA del 30 agosto 2012²⁰ sull'insolvenza bancaria (OIB–FINMA).

Cpv. 3

Il presente capoverso autorizza la FINMA a nominare un incaricato del risanamento. Così facendo, la FINMA delega contestualmente anche la responsabilità dell'elaborazione e dell'attuazione di un piano di risanamento. Non è tuttavia obbligatoriamente necessario nominare un incaricato del risanamento, che può anche essere nominato nell'ambito dell'omologazione con il solo compito di attuare il piano di risanamento già esistente. In molti casi, i punti essenziali del risanamento sono infatti già noti al momento dell'avvio della procedura di risanamento, e devono anche esserlo per una comunicazione credibile. In tali casi può essere superfluo nominare un incaricato che si occupi dell'elaborazione del piano.

Art. 52b

Piano di risanamento

Cpv. 1

L'obiettivo del risanamento è allontanare il pericolo d'insolvenza. L'impresa di assicurazione deve essere messa nelle condizioni di poter eliminare il pericolo d'insolvenza al di fuori di una procedura di fallimento dell'assicurazione. Lo strumento strategico fondamentale a questo scopo è il piano di risanamento. Il capoverso 1 sancisce il principio secondo il quale il piano di risanamento deve indicare come eliminare il pericolo d'insolvenza e quali provvedimenti adottare a tale scopo. Il punto focale del piano di risanamento è la strategia finalizzata a risolvere i problemi finanziari dell'impresa di assicurazione. Tuttavia, nel piano devono essere dettagliate, oltre alle misure finanziarie, ad esempio anche le misure organizzative (conseguenze a livello di organico, adeguamenti nell'organizzazione e gestione dell'impresa).

Il risanamento conterà di misure diverse a seconda del caso specifico. Queste vengono elencate a titolo esemplificativo in questo capoverso e successivamente approfondite negli articoli 52c–52e. Le misure possono quindi consistere in un'assunzione integrale o parziale dell'impresa di assicurazione o del suo portafoglio da parte di un altro assicuratore (assuntore) o di una società subentrante. Sono altresì possibili una riorganizzazione dell'attività, con la chiusura di determinati rami di attività, l'alienazione di una parte degli attivi, una ricapitalizzazione dell'impresa (eventualmente anche da parte di terzi interessati), un'iniezione di capitale da parte degli azionisti o un aumento di capitale.

Nei confronti dei creditori e degli assicurati, la misura finanziaria privilegiata è la classica riduzione dei crediti. Se i contratti d'assicurazione vengono mantenuti, è possibile valutare una riduzione della loro durata (intervenendo sulla copertura assicurativa non utilizzata in modo che, a titolo di contributo al risanamento, risulti una durata del contratto più breve a parità di premio) in alternativa alla riduzione dell'importo

¹⁹ RS 961.015.2

²⁰ RS 952.05

del credito. La modalità della riduzione è rimessa alla discrezione dell'incaricato del risanamento. Chiaramente, l'entità della riduzione deve essere uguale per tutti i creditori aventi pari diritti, a prescindere dal fatto che il credito venga ridotto tramite riduzione della durata del contratto o tramite riduzione del suo importo. Come strumento di risanamento alternativo alla riduzione dei crediti è altresì ipotizzabile la conversione dei crediti in capitale proprio tramite liberazione per compensazione (*debt equity swap*), tenendo però presente che gli assicurati non hanno effettuato investimenti finanziari e solitamente sono interessati a mantenere la loro posizione di assicurato e non desiderano diventare azionisti. In questo senso, qualora adottato, questo strumento si rivolgerà piuttosto ad altri tipi di creditori.

Da ultimo, anche un adeguamento dei contratti d'assicurazione appare una misura praticabile nei confronti degli assicurati.

Cpv. 2

Se il piano di risanamento mira quindi alla continuazione dell'impresa di assicurazione, occorre necessariamente garantire che, eseguito il risanamento, tale impresa soddisfi integralmente le condizioni di autorizzazione in modo sostenibile.

Cpv. 3

Non è affatto escluso tuttavia che un risanamento dell'impresa di assicurazione si limiti alla liquidazione ordinata del portafoglio esistente, senza che vengano stipulati nuovi contratti d'assicurazione. Questo dovrebbe essere il caso normale rispetto a quello del mantenimento dell'impresa di assicurazione. Nel caso di una liquidazione di questo genere, che nel settore assicurativo può richiedere molto tempo, il capoverso 3 prevede che la FINMA possa allentare le condizioni di autorizzazione dettate dal diritto in materia di vigilanza (ad es. riguardo al capitale minimo o al test SST). Devono inoltre potere essere allentati i requisiti prudenziali. Ciò può, nell'interesse degli assicurati, agevolare una liquidazione ordinata del portafoglio esistente, in quanto consente di derogare a requisiti non indispensabili e di contenere così i costi della liquidazione. Le agevolazioni possono essere accordate sia in caso di liquidazione all'interno dell'impresa di assicurazione insolvente sia in caso di trasferimento a una società terza, ad esempio a una società subentrante. A questo riguardo, la FINMA deve valutare discrezionalmente nel singolo caso se eventuali agevolazioni permettono di garantire adeguatamente la protezione degli assicurati.

Art. 52c

Trasferimento del portafoglio o di altre parti dell'impresa di assicurazione

Cpv. 1

Il piano di risanamento può prevedere il trasferimento del portafoglio o di parti dello stesso a un altro soggetto giuridico. Possono configurarsi come altri soggetti giuridici sia altre imprese di assicurazione sia una società subentrante. Quest'ultima potrebbe, ad esempio, rivestire la forma di società cooperativa (con gli stipulanti in veste di soci) specificamente allo scopo di liquidare il portafoglio e di garantire così una liquidazione (*run-off*) ordinata. Eventuali utili di liquidazione confluirebbero ai soci e resterebbero quindi riservati agli assicurati. A questo specifico riguardo occorre rifarsi all'articolo 52f concernente eventuali ingerenze nei diritti degli assicurati.

Cpv. 2

Con la deroga prevista al capoverso 2, la FINMA ottiene la facoltà di allentare, in casi fondati, i requisiti prudenziali nei confronti dell'assuntore di un portafoglio. Può ad esempio approvare il trasferimento di un portafoglio anche se, proprio in seguito al trasferimento, la società assuntrice non fosse più in grado (per un certo periodo transitorio) di soddisfare il quoziente del 100 per cento previsto dal test SST. La FINMA deve accordare le agevolazioni in modo molto restrittivo, stando attenta a non provocare un *moral hazard*. Nello specifico, eventuali agevolazioni devono essere circoscritte all'attività assunta, cercando il più possibile di evitare che producano effetti anche sull'attività esistente dell'assuntore. I requisiti prudenziali dovrebbero inoltre essere allentati solo per un periodo limitato; in ogni caso devono rimanere tutelati gli interessi degli assicurati.

Cpv. 3

Il capoverso 3 riprende la normativa di cui all'articolo 31b LBCR. Ai sensi dell'articolo 52b capoverso 1 lettera a, ai fini del risanamento di un'impresa di assicurazione, il patrimonio di questa impresa può essere trasferito a un altro soggetto giuridico o a una società subentrante. Se ogni volta si esigesse una valutazione indipendente prima del trasferimento, ciò potrebbe ostacolare un risanamento tempestivo ed efficace in determinate situazioni, segnatamente in situazioni in cui il patrimonio deve essere venduto rapidamente a un soggetto giuridico assuntore. Per questa ragione, alla FINMA deve essere conferita la competenza di disciplinare a propria discrezione la compensazione tra i soggetti giuridici interessati. La possibilità di ordinare una valutazione indipendente deve però essere mantenuta. Sarebbero ipotizzabili anche possibilità in cui la FINMA, contemporaneamente alla disposizione di una valutazione indipendente, stabilisce una compensazione massima per consentire una vendita. La compensazione deve avvenire solo tra i soggetti giuridici interessati e non tra proprietari o creditori e sarà integrata in un'appendice al piano di risanamento.

Art. 52d

Costituzione di nuovo capitale proprio nonché conversione di capitale di terzi in capitale proprio e riduzione dei crediti

Cpv. 1

In caso di costituzione di nuovo capitale proprio, di regola i proprietari esistenti beneficino di un diritto di opzione (cfr. art. 652b CO). In determinate situazioni, ad esempio quando un acquirente desidera acquisire l'intero capitale azionario, il diritto di opzione può pregiudicare il buon esito del risanamento. Per questo motivo, il capoverso 1 sancisce (in conformità con le corrispondenti disposizioni sul risanamento bancario previste all'art. 47 OIB-FINMA) che nella costituzione di nuovo capitale proprio il diritto di opzione dei proprietari esistenti può essere revocato (per nuove azioni) se la sua concessione dovesse mettere a rischio il risanamento.

Cpv. 2

Il capoverso 2 lettera a esclude dalla conversione e dalla riduzione dei crediti i crediti compensabili e quelli garantiti. Non sono esclusi i crediti privilegiati ai sensi della LSA (contratti d'assicurazione) e dell'articolo 219 capoverso 4 LEF. La ragione sta nel fatto che i crediti derivanti da contratti d'assicurazione garantiti da un patrimonio

vincolato godono sì del massimo grado di privilegio, tuttavia, in ragione del loro volume (crediti di questo genere possono rappresentare oltre il 90 % di tutti i crediti di un'impresa di assicurazione), essi devono essere interessati anche da misure previste, se si vuole ottenere un risanamento efficace.

Sono esclusi dalla conversione o dalla riduzione dei crediti anche i crediti derivanti da impegni che l'impresa di assicurazione ha legittimamente assunto per la durata dei provvedimenti conservativi. Si intende così tutelare in particolare i crediti vantati da fornitori di servizi e altri creditori che continuano a fornire le loro prestazioni anche durante la procedura di risanamento. Si intende evitare che, al profilarsi di una crisi, questi creditori, per timore di possibili misure di risanamento, risolvano la loro relazione contrattuale con l'impresa di assicurazione a rischio o condizionino l'offerta dei loro servizi alla concessione di garanzie o a pagamenti anticipati.

Cpv. 3

Rispetto ai proprietari o agli azionisti, sui quali grava il rischio imprenditoriale, gli assicurati e gli altri creditori dell'impresa di assicurazione devono beneficiare di un trattamento privilegiato. Per questo motivo, il capoverso 3 lettera a dispone che prima di eseguire una conversione o una riduzione dei crediti – che rappresenterebbe quindi un'importante ingerenza nei diritti finanziari dell'impresa – bisogna ridurre integralmente il capitale azionario esistente. In questo modo decadono tutti i diritti degli azionisti – in particolare anche i diritti di partecipazione. È fatta eccezione unicamente per il diritto di opzione su nuove azioni. Il diritto di opzione decade intrinsecamente in caso di conversione mentre in caso di costituzione di nuovo capitale azionario può essere revocato unicamente in conformità con le condizioni poste al capoverso 1.

Oltre alla riduzione del capitale azionario devono altresì essere convertiti o integralmente ridotti i cosiddetti strumenti di capitale assorbenti il rischio. Sono considerati strumenti di capitale assorbenti il rischio di cui alla lettera b del presente capoverso quelli indicati all'articolo 22a OS. Il ventaglio di questi strumenti va dal capitale ibrido non convertibile alle obbligazioni convertibili.

Cpv. 4

In questo capoverso si definisce l'ordine da seguire in caso di conversione di capitale di terzi in capitale proprio e di riduzione dei crediti. L'ordine coincide con quello applicabile in caso di fallimento dell'assicurazione (cfr. art. 54a e 54a^{bis}). Solo in ultima istanza si deve attentare ai diritti degli stipulanti le cui pretese sono garantite da un patrimonio vincolato (cfr. il successivo cpv. 5).

In conformità con l'OIB-FINMA (art. 48 cpv. 1 lett. d OIB-FINMA), il capoverso 4 stabilisce l'ordine in base al quale i crediti devono essere convertiti o ridotti. I crediti del rango successivo possono essere inclusi solo se la conversione o la riduzione dei crediti di rango precedente non è sufficiente per soddisfare con certezza i requisiti in materia di fondi propri (principio dell'esaurimento). Inoltre, all'interno della medesima categoria di creditori la riduzione dei crediti deve avvenire in maniera equa.

Ai sensi della lettera a vengono prima convertiti o ridotti tutti i crediti postergati.

La lettera b indica in seconda battuta i crediti emessi appositamente per coprire le perdite in caso di misure di insolvenza ordinate da autorità (cosiddetti *bail-in bond*).

Si tratta di crediti per i quali i creditori hanno già contrattualmente pattuito a priori una conversione. La costituzione di un rango specifico per questi crediti, che si colloca tra i crediti postergati e gli altri crediti, è indispensabile per il rispetto della graduazione dei creditori. Non sarebbe infatti corretto convertire questi *bond* in concorrenza con gli altri crediti (di terza classe) – di cui fanno parte anche i *senior bond* – per i quali i creditori non hanno contrattualmente pattuito a priori alcuna conversione.

Solo in terza posizione possono essere ridotti gli altri crediti secondo l'ordine di privilegio della LEF, fatto salvo il disciplinamento speciale per i crediti derivanti da contratti d'assicurazione di cui al capoverso 5.

Cpv. 5

La conversione di capitale di terzi in capitale proprio e la riduzione dei crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione sono disciplinate separatamente nel capoverso 5. Si distingue tra i crediti derivanti da contratti d'assicurazione garantiti da un patrimonio vincolato ai sensi dell'articolo 17 (lett. b) e quelli che non richiedono un patrimonio vincolato (lett. a).

I crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione che non sono garantiti da un patrimonio vincolato sono assegnati alla seconda classe secondo l'articolo 219 capoverso 4 LEF per effetto del rinvio all'articolo 54a capoverso 2. Essi vengono tuttavia soddisfatti dalla massa fallimentare solo dopo tutti gli altri crediti della seconda classe. La lettera a prevede pertanto che a questi crediti si applichi la disposizione del capoverso 4 lettera c e che essi debbano quindi essere ridotti comunque prima dei crediti della seconda e della prima classe secondo l'articolo 219 capoverso 4 LEF. Non è previsto alcun patrimonio vincolato per i contratti di riassicurazione e i contratti d'assicurazione stipulati con controparti professionali né per i portafogli di succursali estere di imprese di assicurazione con sede in Svizzera.

Secondo la lettera b, in ultima posizione e quindi dopo la riduzione di tutti gli altri crediti segue la conversione e la riduzione dei crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione per i quali è richiesto un patrimonio vincolato ai sensi dell'articolo 17. Ciò è dovuto alla posizione privilegiata del patrimonio vincolato a garanzia delle pretese degli assicurati che, conformemente allo scopo della LSA, beneficiano di un particolare privilegio in caso di insolvenza. Un'ingerenza nei diritti degli assicurati è quindi altresì ammessa solo se il patrimonio vincolato richiesto non è sufficiente a garantire i loro crediti. Il diritto di ingerenza è quindi limitato alla parte non coperta.

Il diritto alla riduzione delle pretese degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione sulla vita era già previsto dalla legge federale del 25 giugno 1930 sulla garanzia degli obblighi derivanti da assicurazione sulla vita (cfr. art. 29 della citata legge, abrogata dalla nuova LSA).

In caso di ingerenze nei diritti derivanti da contratti d'assicurazione occorre sempre rifarsi all'articolo 52f.

Cpv. 6

La FINMA può proibire o subordinare a condizioni la partecipazione qualificata (almeno il 10 % dei diritti di voto o del capitale o altro potere di influenza determinante)

a un'impresa di assicurazione se tale partecipazione è suscettibile di pregiudicare, per il suo genere e la sua entità, l'impresa di assicurazione o gli interessi degli assicurati (art. 21 cpv. 4). Se il piano di risanamento prevede la conversione di capitale di terzi in capitale proprio, con l'omologazione del piano di risanamento i creditori dell'impresa di assicurazione diventano per effetto di legge proprietari, ovvero azionisti. Di regola, anche in questo caso i nuovi azionisti possono esercitare i propri diritti di voto solo dopo essere stati iscritti nel libro delle azioni della rispettiva impresa di assicurazione. Questo permette all'impresa di assicurazione di fare un inventario del suo nuovo azionariato. Esiste tuttavia il rischio che nuovi azionisti con una partecipazione qualificata sfruttino la loro posizione a scapito dell'impresa di assicurazione o degli interessi degli assicurati. Per questa ragione è generalmente prevista una sospensione di tutti i diritti di voto che superano la soglia del 10 per cento. Questi diritti possono essere esercitati solo dopo che la FINMA ha accertato l'irreprensibilità degli azionisti interessati.

Art. 52e

Adeguamento dei contratti d'assicurazione

A seconda del tipo di contratto d'assicurazione, in alternativa a una riduzione dei crediti o a una conversione, può essere opportuno intervenire a livello degli assicurati direttamente nei contratti d'assicurazione, adeguandoli. Il diritto della FINMA di intervenire nel rapporto di diritto privato tra imprese di assicurazione e assicurati necessita nel caso di specie di un'esplicita base legale. Ai sensi di questa norma, il piano di risanamento può prevedere l'ingerenza diretta nei diritti degli assicurati attraverso l'adeguamento del contenuto (quindi materiale) dei contratti d'assicurazione. L'adeguamento può riguardare, ad esempio, le condizioni del contratto, i premi (se non vincolati a una clausola di adeguamento dei premi), le partecipazioni alle eccedenze, i bonus o gli sconti concessi per assenza di sinistri, i diritti di scelta o le garanzie derivanti dall'assicurazione sulla vita. Il contratto può essere adeguato prima di un eventuale evento assicurato o anche dopo il verificarsi dello stesso, a condizione che non sia stato ancora liquidato. Un'ingerenza nei contratti d'assicurazione può avere conseguenze sia a livello di bilancio sia di altro genere: se ad esempio l'impresa di assicurazione assuntrice intende acquisire un portafoglio solo a condizione che vengano stralciate determinate prestazioni assegnate (ad es. eliminazione dei contributi ai costi di abbonamenti in palestra) ciò influisce sul bilancio; diversamente, in caso di stralcio di un diritto costitutivo (ad es. diritto di disdetta) derivante dal contratto d'assicurazione si ha, di regola, preminentemente un effetto su componenti diverse da quelle di bilancio.

Dalla prospettiva dell'assicurato, gli adeguamenti del contratto previsti nel presente articolo si collocano sostanzialmente al medesimo livello della riduzione dei crediti o della conversione e possono quindi essere eseguiti come alternativa. In tal caso, il piano di risanamento deve stabilire lo strumento più idoneo alla protezione degli assicurati. A causa della complessità legata a un adeguamento del contratto, bisognerebbe tuttavia ricorrere a questo strumento in maniera piuttosto prudente. Nei casi in cui una riduzione dei crediti realizza la medesima finalità o utilità, sarà questo lo strumento da preferire. È ipotizzabile ricorrere ad adeguamenti dei contratti in particolare quando si tratta di intervenire su elementi non conformi alla prassi consuetudinaria di

mercato. Un adeguamento di contratti d'assicurazione può risultare tra l'altro opportuno quando permette di trasferire un portafoglio a un'altra impresa di assicurazione.

Cpv. 1

In caso di ingerenza nei diritti degli assicurati devono essere osservate le condizioni e l'ordine indicati all'articolo 52*d*. Si chiarisce così che lo strumento dell'adeguamento dei contratti concorre sostanzialmente con quelli della riduzione dei crediti e della conversione, precisando altresì che anche in questo caso si tiene conto del privilegio attribuito alle pretese derivanti da contratti d'assicurazione. Una simile disposizione concernente l'adeguamento dei contratti d'assicurazione sulla vita era già sancita nella precedente legge sulla garanzia degli obblighi derivanti da assicurazioni sulla vita (art. 29).

Il campo di applicazione di questo articolo si estende sia al risanamento all'interno di un'impresa di assicurazione sia, in caso di trasferimento del portafoglio, a un'altra impresa di assicurazione o a una società subentrante.

La competenza della FINMA ai sensi di questo capoverso deve includere anche la facoltà di intervenire nei contratti qualora il risanamento fosse riconducibile a eventi bellici o atti terroristici. Viene così sostituita la cosiddetta «clausola di guerra» che accordava all'allora Ufficio federale delle assicurazioni private la competenza di adeguare contratti. Il diritto attualmente in vigore non prevede per il momento una norma simile.

Cpv. 2

In caso di ingerenza nei diritti degli assicurati vige di norma il principio di parità di trattamento dei creditori. In virtù di tale principio, un'ingerenza nei diritti degli assicurati, che include anche un adeguamento dei contratti, deve essere sostanzialmente identica per tutti gli assicurati che condividono il medesimo privilegio nell'ordine previsto all'articolo 52*d*.

Il capoverso 2 ammette una deroga a questo principio di parità di trattamento. Con la presente disposizione si tiene conto della prevalenza dell'interesse collettivo (interesse generale degli assicurati). In ossequio a questo principio è ammessa una certa disparità di trattamento degli assicurati nel risanamento. Talvolta è infatti possibile ottenere un effetto di risanamento maggiore attraverso un adeguamento proporzionalmente esiguo di una determinata categoria di contratti che non attraverso un adeguamento generalizzato e uniforme di tutte le categorie di contratto. Segnatamente, i diritti di scelta o le garanzie derivanti da un'assicurazione sulla vita possono ad esempio essere relativamente trascurabili per il singolo assicurato ma lo stralcio di tali diritti potrebbe sortire un importante effetto di risanamento. Anche un adeguamento dei contratti all'interno di un effettivo di assicurati potrebbe in talune circostanze non coinvolgere tutti gli assicurati, in quanto non tutti potrebbero avere nel loro contratto il passaggio interessato dalla modifica. In questo caso può essere opportuno stralciare il passaggio per tutti gli interessati senza alcuna ingerenza nei contratti degli altri assicurati. Il limite è dettato dal principio della parità di trattamento dei creditori. Gli assicurati che si trovano nella medesima situazione devono ricevere lo stesso trattamento in virtù della loro uguaglianza (ad es. assicurati con contratti identici). Nonostante la prevalenza dell'interesse collettivo, bisogna sempre considerare i diritti dei

del portafoglio con conseguenti perdite finanziarie risultino penalizzati rispetto agli altri creditori.

Art. 52g Differimento della disdetta di contratti

Questa disposizione è conforme all'articolo 30a LBCR. Il suo scopo è accordare alla FINMA la possibilità di adottare provvedimenti ai sensi degli articoli 51–52 senza che questi provvedimenti possano far insorgere diritti contrattuali di disdetta o diritti di cui all'articolo 52f. In questo modo si assicura la continuità ininterrotta delle relazioni contrattuali anche in una situazione di stress. L'articolo 52h disciplina il caso speciale concernente il differimento della disdetta di contratti di riassicurazione.

Cpv. 1

Un differimento della disdetta di contratti è di regola sempre consentito quando la FINMA ordina o approva uno o più provvedimenti conformemente agli articoli 51–52. Si garantisce così che la disposizione includa segnatamente i casi in cui viene ordinata una conversione di capitale di terzi in capitale proprio o una riduzione dei crediti. Come nel diritto bancario è altresì previsto che il differimento possa riguardare non solo contratti finanziari bensì contratti di ogni tipo. Pertanto, oltre ai contratti d'assicurazione, la possibilità di differimento potrà interessare in particolare anche le relazioni contrattuali che regolamentano la fornitura di servizi (ad. es. relativamente all'infrastruttura informatica dell'impresa di assicurazione) e che sono indispensabili per il suo esercizio operativo, oppure le relazioni contrattuali aventi ad oggetto un rapporto di locazione o di leasing. Infine, un differimento riguarda non solo i diritti di disdetta bensì, come previsto alla lettera b, anche i diritti di compensazione, valorizzazione e trasferimento secondo l'articolo 51b. Lo stesso vale per una disdetta automatica dei contratti. Ciò è precisato dalla formulazione alla lettera a.

Cpv. 2

Il capoverso 2 precisa che il differimento può essere disposto per tutti i contratti che vincolano la disdetta o l'esercizio di un diritto secondo il capoverso 1 alla disposizione o all'approvazione di provvedimenti di cui agli articoli 51–52. Si intendono quindi, in primo luogo, contratti che prevedono quale motivo di disdetta un provvedimento di un'autorità. A questi si aggiungono i contratti per i quali una disdetta o il diritto di disdetta sono legati al provvedimento stesso. In questo modo dovrebbero essere rilevati anche i casi in cui il provvedimento adottato fa sorgere in capo a un'impresa di assicurazione obblighi contrattuali particolari (ad. es. fornire garanzie più elevate).

La possibilità di differimento è prevista anche per contratti la cui disdetta non è direttamente vincolata a un provvedimento disposto dalla FINMA ma ne deriva indirettamente. Possono inoltre essere interessati da un differimento i contratti nei quali l'impresa di assicurazione non figura come parte contraente bensì, ad esempio, come garante o *specified entity* designata nel contratto. Infatti, il differimento è possibile già se il contratto vincola la disdetta alla misura ordinata dalla FINMA. Il differimento può quindi interessare anche contratti tra terzi che hanno una relazione con l'impresa di assicurazione nei confronti della quale sono state ordinate misure. Si neutralizza così in particolare la problematica delle cosiddette clausole di *cross default* che, tra le

altre cose, possono prevedere la possibilità di disdire un contratto con una filiale qualora venissero ordinate misure di insolvenza nei confronti della società madre. Pertanto, un differimento può essere disposto a prescindere dal fatto che l'impresa di assicurazione interessata dalle misure sia parte contraente, garante o un soggetto rilevante per il motivo di disdetta.

Cpv. 3

La durata del differimento non può essere superiore a due giorni lavorativi. Per il calcolo di questo termine non si tiene conto dei sabati, delle domeniche e dei giorni ufficialmente riconosciuti come festivi dalla sede dell'impresa di assicurazione. Se, ad esempio, l'inizio del differimento fosse fissato di giovedì alle ore 12.00, la fine del differimento può essere fissata al lunedì successivo alle ore 12.00. Il differimento può essere avviato anche di sabato, domenica e nei giorni festivi.

Cpv. 4

Il capoverso 4 descrive le situazioni in cui il differimento è escluso ed eventualmente decade. Ciò accade segnatamente quando il motivo che porta alla disdetta o all'esercizio del diritto secondo il capoverso 1 non è correlato ai provvedimenti di cui agli articoli 51–52. A questo proposito è possibile rinviare alle spiegazioni concernenti il capoverso 2, specificando che eventuali esigenze dell'impresa di assicurazione interessata sorte in seguito all'adozione di provvedimenti sono da considerarsi come esigenze correlate a tali provvedimenti.

Cpv. 5

Se, alla fine del differimento, l'impresa di assicurazione rispetta le condizioni di autorizzazione e le altre disposizioni legali, il capoverso 5 precisa che i diritti differiti non possono più essere esercitati e il contratto rimane in vigore. Per accertare se questa condizione è rispettata o non, la FINMA dispone, come nel diritto bancario, di un margine di valutazione. Non si tiene conto di eventuali prescrizioni estere. Le condizioni dovrebbero essere soddisfatte in particolare se viene meno il motivo dal quale sono scaturiti i provvedimenti. Qualora, dopo la fine del differimento, le condizioni definite nel capoverso 5 non fossero soddisfatte, nel caso dei diritti di disdetta i contratti possono essere disdetti tenendo conto dei diritti contrattuali. Occorre osservare che, in questo caso, il differimento duraturo si riferisce unicamente a quei diritti di disdetta che non è stato possibile esercitare a causa del differimento. Eventuali nuovi diritti di disdetta sorti in un secondo tempo ed esclusi dal differimento possono essere esercitati in qualsiasi momento.

Art. 52h

Differimento della disdetta di contratti di riassicurazione

I contratti di riassicurazione rappresentano una possibilità di copertura cruciale per un assicuratore diretto. Proprio in caso di risanamento, infatti, è di sostanziale importanza la continuazione della riassicurazione. La perdita della riassicurazione può pregiudicare il buon esito del risanamento dell'assicuratore diretto, segnatamente perché l'impresa di assicurazione diretta che versa in condizioni finanziarie critiche incontrerebbe molte difficoltà nel reperire una nuova copertura riassicurativa. Pertanto, l'articolo 52h prevede che la FINMA possa disporre un differimento per la disdetta dei contratti di riassicurazione o per l'esercizio dei diritti di disdetta degli stessi. Ciò vale

l'omologazione non sono elencate in maniera esaustiva. Come prima cosa, il piano di risanamento deve soddisfare i requisiti di legge di cui all'articolo 52b. Deve poi segnatamente fondarsi su una valutazione degli attivi e dei passivi dell'impresa di assicurazione secondo i principi della regolare presentazione dei conti (cfr. art. 958c Codice delle obbligazioni [CO]²¹). Secondariamente, non deve presumibilmente porre i creditori in una posizione peggiore rispetto alla dichiarazione immediata del fallimento dell'assicurazione. Inoltre deve considerare il grado dei creditori secondo il diritto fallimentare, sia tra gli stessi creditori sia nei confronti dei proprietari. Infine deve tenere adeguatamente conto della connessione giuridica o economica tra gli attivi, i passivi e le relazioni contrattuali.

La valutazione di attivi e passivi non richiede necessariamente una verifica da parte di un revisore abilitato ai sensi dell'articolo 725 capoverso 2 CO. Se gli attivi e i passivi costituiscono una parte dell'impresa di assicurazione che deve essere mantenuta, bisogna basarsi sui valori in prospettiva di continuazione dell'attività. Per i principi di regolare presentazione dei conti si deve fare riferimento ai principi indicati all'articolo 958c CO. È però possibile tenere conto delle peculiarità derivanti dal diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori.

La lettera c del capoverso 1 sancisce il principio *no creditor worse off than in liquidation*. La sua attuazione presuppone che si metta a confronto il potenziale dividendo del fallimento con il valore della partecipazione (e di eventuali altre prestazioni) in caso di risanamento. Nel confrontare questi valori, la FINMA ha un notevole margine discrezionale, essendo chiamata a tenere conto delle peculiarità delle relative coperture assicurative. Può accadere ad esempio che gli assicurati abbiano un interesse, difficilmente quantificabile, a continuare il contratto d'assicurazione. Ne è un esempio la copertura nel ramo dell'assicurazione malattie complementare: in talune circostanze, a causa dell'età o di limitazioni di salute preesistenti, alcuni assicurati potrebbero non essere più in grado di ottenere una copertura assicurativa equivalente presso un'altra assicurazione qualora venisse risolto il loro contratto esistente. Per questa ragione, nel calcolo comparativo si possono considerare non solo gli interessi finanziari quantificabili ma anche gli altri interessi degli assicurati.

Un'altra possibile difficoltà nel calcolo comparativo è sapere se gli assicurati attribuiscono più valore a una prestazione in capitale o a una rendita. La risposta può dipendere dalla situazione specifica del singolo assicurato e da altri fattori, come l'evoluzione futura della congiuntura. È impossibile dare una risposta univoca. Deve quindi essere anche ammesso escludere dal calcolo comparativo i futuri sviluppi imprevedibili.

Nella connessione tra attivi, passivi e relazioni contrattuali bisogna fare in modo che il piano di risanamento consideri che spesso, nel caso di imprese di assicurazione, determinati attivi si contrappongono a determinati passivi (ad es. gestione consapevole delle attività-passività, contratti di copertura stipulati per mitigare determinati rischi). Un piano di risanamento ragionato considera tali interdipendenze e prevede soluzioni armonizzate per attivi e passivi o relazioni contrattuali connessi.

21 RS 220

Art. 52k Rifiuto del piano di risanamento

In ragione della possibile notevole ingerenza nei diritti dei creditori, ad esempio tramite riduzione, moratoria o conversione dei loro crediti, non è possibile imporre loro semplicemente un risanamento. Se le misure di risanamento interferiscono direttamente nei loro diritti, secondo il capoverso 1 la FINMA deve impartire ai creditori, al più tardi all'atto dell'omologazione, un termine per il rifiuto del piano di risanamento.

La FINMA è tenuta a coinvolgere quanto prima i creditori interessati. Tuttavia, non sempre è possibile informarli prima dell'omologazione, in quanto un'informazione anticipata sulle possibili misure, non ancora divenute definitive, può alimentare ulteriore incertezza e solo l'omologazione potrebbe portare l'auspicata normalizzazione. Se è comunicata solo al momento dell'omologazione, l'informazione è subordinata al possibile rifiuto da parte dei creditori.

Se la metà dei creditori conosciuti rifiuta il piano di risanamento, la FINMA ordina il fallimento dell'impresa di assicurazione conformemente alle disposizioni della sezione 2b. Hanno diritto a rifiutare il piano di risanamento non solo gli assicurati ma tutti i creditori dell'impresa di assicurazione.

Art. 52l Effetto giuridico del piano di risanamento

La presente regolamentazione permette di escludere eventuali incertezze del diritto riguardo al momento a partire dal quale il piano di risanamento produce il suo effetto giuridico. Il capoverso 1 dispone che il piano di risanamento esplica immediatamente il suo effetto giuridico nel momento in cui scade infruttuosamente il termine concesso per il rifiuto secondo l'articolo 52k capoverso 1. Questa disposizione si conforma a quanto disciplinato nella procedura di ricorso, la quale prevede che un ricorso secondo l'articolo 54d non ha alcun effetto sulla validità giuridica del piano di risanamento. Ne consegue che l'immediata validità giuridica escluda eventuali prescrizioni formali. Ai fini di una maggiore chiarezza, il capoverso 2 afferma esplicitamente che l'effetto giuridico immediato prevale anche sulle norme generali concernenti l'iscrizione nel registro fondiario o nel registro di commercio (cfr. cpv. 2).

*Art. 52m Esercizio di pretese**Cpv. 1 e 2*

L'articolo 52m si rifà al vigente articolo 32 LBCR. Anche nella LSA deve essere consentito l'esercizio di pretese revocatorie durante una procedura finalizzata alla continuazione della società. Di conseguenza, le azioni pauliane dell'impresa di assicurazione secondo gli articoli 285–292 LEF devono essere ammesse già nella procedura di risanamento con l'omologazione del piano di risanamento, e non solo al momento di una liquidazione (che potrebbe anche non verificarsi affatto; cfr. cpv. 1). Ai creditori deve essere accordata la possibilità di promuovere azioni pauliane solo se un piano di risanamento che attenta ai loro diritti non preveda che l'impresa di assicurazione risanata avanzi tali pretese revocatorie (cfr. cpv. 2). Ciascun creditore può inoltre fare valere pretese solo nella misura in cui il piano di risanamento attenti ai suoi diritti (non vi è quindi alcuna cessione di diritti ai sensi dell'art. 260 cpv. 1 LEF).

Alla critica sollevata in dottrina in merito a questa disparità di trattamento rispetto alla procedura di risanamento di diritto ordinario conviene replicare che per un creditore interessato da una limitazione dei propri diritti è questo ridimensionamento dei diritti a essere rilevante e non la domanda se la società continuerà a esistere al termine della procedura. Di regola non osta neppure il fatto che sia stata proprio l'impresa di assicurazione da risanare ad avere concluso con il beneficiario il negozio giuridico revocabile, in ragione del fatto che viene nominato un incaricato del risanamento (sempre che comunque un creditore non abbia diritto di domandare la revocazione come previsto dal cpv. 2).

Cpv. 3

Il piano di risanamento deve essere immediatamente attuato e gli eventuali nuovi soggetti giuridici devono potere esercitare immediatamente le loro funzioni. Questo non è possibile finché gli atti giuridici effettuati in esecuzione di un piano di risanamento, quale segnatamente il trasferimento di valori patrimoniali, possono essere revocati con azioni pauliane ai sensi degli articoli 285 e seguenti LEF. Queste azioni devono quindi essere escluse e i soggetti eventualmente penalizzati nei loro diritti rinviati alla possibilità di compensazione di cui all'articolo 52c capoverso 3 nonché alla via del ricorso di cui all'articolo 54d.

Cpv. 4

Gli articoli 286–288 LEF ammettono la revocazione di atti giuridici che si sono verificati in un determinato periodo prima del pignoramento o della dichiarazione di fallimento. Poiché in caso di risanamento di un'impresa di assicurazione – come nel caso di una banca – non si giunge né a un pignoramento né alla dichiarazione di fallimento, occorre invece fare riferimento al momento dell'omologazione del piano di risanamento da parte della FINMA (cfr. cpv. 4). Se, tuttavia, la FINMA dovesse già aver precedentemente deciso un provvedimento conservativo secondo l'articolo 51 capoverso 2 lettere a, b, d, e ed i, fa stato il momento dell'emanazione di questa decisione.

Cpv. 6

Per l'esercizio di pretese fondate sulla responsabilità si rinvia, in difetto di una norma di riferimento analoga all'articolo 39 LBCR, direttamente alle disposizioni sulla responsabilità del diritto della società anonima (art. 752–760 CO).

<i>Sezione 2b</i>	<i>Fallimento dell'assicurazione</i>
<i>Art. 53</i>	<i>Dichiarazione di fallimento</i>

Questa disposizione deve essere adeguata in seguito alla nuova regolamentazione del risanamento, senza tuttavia alterarne materialmente il contenuto. Si riprende qui l'articolo 33 LBCR. La parte introduttiva del capoverso 1 attualmente in vigore, che cita come premessa il timore legato all'indebitamento eccessivo o a problemi di liquidità, diventa superflua dopo il nuovo disciplinamento dell'articolo 51a. Le stesse considerazioni valgono per il vigente capoverso 2.

Art. 54 Effetti e svolgimento

Per ragioni di chiarezza, nel capoverso 3 il termine «disposizione», considerato ambiguo e poco chiaro, viene stralciato. Con il nuovo capoverso 4, la FINMA è autorizzata a disciplinare nel dettaglio la procedura di fallimento dell'assicurazione.

Art. 54a Crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione

La terminologia usata in questa disposizione deve essere uniformata ai fini di una maggiore chiarezza. La nuova formulazione «crediti degli assicurati derivanti da contratti di assicurazione» permette di precisare che sono solo gli assicurati, e non la controparte (partner contrattuale), ad essere privilegiati e che il privilegio è limitato a crediti derivanti da un contratto d'assicurazione.

Cpv. 2

Il capoverso 2 accorda un privilegio generale agli assicurati nella gerarchia dei creditori secondo la LEF. In deroga alla LEF, questo capoverso sancisce che, nel fallimento, i crediti degli assicurati derivanti da contratti d'assicurazione sono generalmente assegnati alla seconda classe, ma vengono soddisfatti dalla massa fallimentare solo dopo tutti gli altri crediti della seconda classe. Occorre evidenziare che i crediti garantiti dal patrimonio vincolato ai sensi dell'articolo 17 restano particolarmente privilegiati e sono soddisfatti in via prioritaria, ancora prima di considerare l'ordine dei creditori (cfr. il vigente art. 54a cpv. 2 o il nuovo art. 54a^{bis}, di seguito).

*Art. 54a^{bis} Patrimonio vincolato**Cpv. 1*

Il capoverso 1 viene ripreso dall'attuale articolo 54a capoverso 2 e adeguato nel senso che ora le eventuali eccedenze da un patrimonio vincolato sono dapprima ripartite proporzionalmente tra agli altri patrimoni vincolati dell'impresa di assicurazione e confluiscono nella massa fallimentare generale solo dopo avere coperto tutti i crediti garantiti da patrimoni vincolati.

Cpv. 2

Il liquidatore del fallimento ha la facoltà di soddisfare singolarmente i crediti degli assicurati garantiti da un patrimonio vincolato, prima del passaggio in giudicato della graduatoria. Questa competenza, finora disciplinata all'articolo 35 capoverso 2 OFA-FINMA, viene ora recepita in forma modificata a livello di legge. Accordando questa facoltà al liquidatore del fallimento si imprime un'effettiva accelerazione al versamento, in quanto non è più necessario attendere il passaggio in giudicato della graduatoria. Il versamento potrebbe altrimenti restare bloccato per anni. Al versamento sono tuttavia posti dei limiti nel senso che tutti gli assicurati sono soggetti alla parità di trattamento finanziario e, al termine della procedura, dovranno percepire una quota proporzionalmente uguale del dividendo del fallimento (lett. a). Ciò presuppone che il liquidatore del fallimento effettui una stima dell'importo totale dei crediti e comporta altresì che le prestazioni assicurative non possano essere erogate integralmente in via anticipata ma solo a una determinata percentuale (in modo da garantire la parità di trattamento finanziario anche nello scenario *worst case*). Non esiste invece alcun

l'omologazione del piano di risanamento (cfr. art. 52j), contro gli atti di realizzazione nonché contro l'approvazione dello stato di ripartizione e del conto finale (cfr. art. 54c nella versione della LIsFi). Il termine per interporre ricorso contro l'omologazione del piano di risanamento è di dieci giorni e decorre dal giorno successivo alla pubblicazione dei principi del piano di risanamento secondo l'articolo 52j capoverso 3 (cpv. 3). Nel caso di ricorsi contro l'approvazione dello stato di ripartizione o del conto finale il termine decorre dal giorno successivo allo scadere del termine di consultazione secondo l'articolo 54c capoverso 2 (cpv. 4); anche nel caso di ricorsi contro atti di realizzazione la durata dei termini si orienta alla legge federale del 20 dicembre 1968²² sulla procedura amministrativa. A differenza della procedura di risanamento, di regola in questi casi non è richiesta alcuna urgenza particolare.

Art. 54e Ricorso contro l'omologazione del piano di risanamento

In questo articolo si disciplina la procedura di ricorso contro l'omologazione del piano di risanamento. Non è sostanzialmente ammessa la richiesta di revoca del piano di risanamento (cpv. 1). Si intende così evitare il pericolo di un lungo periodo di incertezza circa gli effetti giuridici di un piano di risanamento. Ai sensi del capoverso 2, i ricorsi interposti contro l'omologazione del piano di risanamento possono essere accolti solo se le misure ordinate nel piano di risanamento arrecano più svantaggi a un creditore o a un proprietario rispetto alla dichiarazione immediata del fallimento. Si traccia così chiaramente l'entità del pregiudizio rendendo superflua ogni valutazione, peraltro estremamente difficile, circa la possibilità di trovare una soluzione di risanamento ancora migliore rispetto al piano di risanamento. Si precisa inoltre che se prevale nella causa, il creditore o il proprietario viene «risarcito» tramite compensazione. La compensazione può essere stabilita direttamente dal giudice oppure è possibile incaricare la FINMA di determinare una compensazione in un'appendice al piano di risanamento. A tale riguardo è essenziale che la compensazione venga corrisposta dall'impresa di assicurazione interessata.

Art. 54f Effetto sospensivo

Questa norma si conforma all'attuale base giuridica del diritto fallimentare (art. 54e cpv. 3 nella versione della LIsFi). L'articolo 54f estende questa disposizione ai nuovi provvedimenti conservativi disciplinati in caso di insolvenza e alla procedura di risanamento.

Se vi sono fondati timori che un'impresa di assicurazione presenti un'eccedenza di debiti o seri problemi di liquidità e se la FINMA ordina provvedimenti conservativi, una procedura di risanamento o il fallimento dell'assicurazione ai sensi dell'articolo 51a capoverso 1, di regola viene revocato l'effetto sospensivo di eventuali ricorsi. Il giudice dell'istruzione può accordare l'effetto sospensivo su richiesta, tuttavia non per ricorsi contro l'omologazione del piano di risanamento.

Art. 54g Fondo nazionale di garanzia

Sebbene il Fondo nazionale di garanzia non vanti diritti di credito diretti nei confronti dell'impresa di assicurazione da risanare o fallita, il suo obbligo di pagamento dipende direttamente dall'esito della procedura di insolvenza. Per questo motivo, al Fondo nazionale di garanzia devono essere conferiti i diritti di creditore nella misura in cui dall'insolvenza di un'impresa di assicurazione scaturiscano a suo carico dei compiti ai sensi dell'articolo 76 capoverso 2 lettera b LCStr.

Art. 54h Riconoscimento di decreti di fallimento e di provvedimenti esteri

Per quanto riguarda il riconoscimento di decreti di fallimento e di provvedimenti d'insolvenza esteri nonché il coordinamento con i provvedimenti d'insolvenza esteri, il diritto vigente (art. 54d) rinvia all'applicazione analoga degli articoli 37f e 37g LBCR. La normativa proposta negli articoli 54h e 54i migliora la trasparenza e regola in maniera autonoma il riconoscimento di decreti di fallimento e di provvedimenti d'insolvenza rinunciando al rinvio alla legge sulle banche.

L'articolo 54h riprende le norme sul riconoscimento di decreti e di provvedimenti esteri sancite finora come rinvio all'articolo 37g LBCR senza apportare alcuna modifica materiale rispetto all'attuale contenuto normativo. L'unica eccezione riguarda il capoverso 2 lettera a. Il trattamento equivalente all'estero viene ora esteso, oltre i crediti garantiti da pegno e i crediti privilegiati ai sensi dell'articolo 219 LEF di creditori domiciliati in Svizzera, anche ai crediti derivanti da contratti d'assicurazione per i quali è prestata una garanzia ai sensi dell'articolo 17. Il nuovo disciplinamento autonomo nella LSA consente di recepire esplicitamente nella legge la posizione di privilegio del patrimonio vincolato anche nell'ambito del riconoscimento di decreti e di provvedimenti esteri e colma così una lacuna esistente.

Art. 54i Coordinamento con le procedure estere

Questo articolo è stato inserito in sostituzione del rinvio all'articolo 37f LBCR. Riprende sostanzialmente l'articolo 37f, senza alcuna modifica materiale.

Sezione 3 (titolo, art. 55 e 56)

Gli articoli 55 e 56 sono superati a seguito del nuovo disciplinamento della procedura di risanamento e devono essere abrogati. In caso di insolvenza, questi articoli prevedevano la possibilità di mantenere i contratti d'assicurazione sulla vita nonostante l'avvenuta dichiarazione di fallimento. La mancata estinzione di questi contratti era finalizzata a permetterne la continuazione anche in seguito all'insolvenza, mediante un loro trasferimento a un'altra impresa di assicurazione. Una soluzione di questo genere, in conflitto con le norme del diritto fallimentare, non sarà più necessaria in futuro poiché in caso di insolvenza potrà ora applicarsi la procedura di risanamento, più indicata in caso di eventuale trasferimento di questi contratti d'assicurazione a un'altra società. Gli articoli 55 e 56 devono pertanto essere abrogati.

Art. 67 Garanzia di un'attività irreprensibile

Già con l'adozione della LIsFi, nella disposizione è recepita espressamente, come nelle altre leggi sui mercati finanziari, la prassi indiscussa di autorizzazione della FINMA, secondo cui anche l'istituto sottoposto a sorveglianza – in tal caso il gruppo assicurativo – deve offrire la garanzia di un'attività irreprensibile (cfr. le spiegazioni in merito all'art. 10 LIsFi). Con l'integrazione del presente rinvio si precisa che la norma per le modifiche del piano d'esercizio secondo l'articolo 5 capoverso 1 si applica anche al gruppo assicurativo, cosa tutto sommato ovvia.

Art. 69 Solvibilità

Non solo le singole imprese di assicurazione ma anche un gruppo assicurativo nel suo insieme deve soddisfare le prescrizioni sulla solvibilità di cui agli articoli 9–9b. In questo modo si garantisce che l'intero capitale sopportante i rischi del gruppo assicurativo sia sempre sufficiente a coprire i rischi ai quali è esposto il gruppo assicurativo.

Art. 71 Obbligo d'informare

L'obbligo d'informazione e di notifica secondo l'articolo 29 LFINMA incombe anche alle società del gruppo importanti ai sensi dell'articolo 71^{bis}, nonché a persone fisiche o giuridiche che nel quadro di un'esternalizzazione svolgono funzioni essenziali per le società del gruppo importanti.

Art. 71^{bis} Piano d'esercizio

Cpv. 1

La lettera G del piano d'esercizio deve ora applicarsi alla società madre del gruppo in modo tale che il personale dirigente della holding, ovvero della sede sociale, possa essere sottoposto a un obbligo di approvazione.

Alla FINMA viene altresì conferita la facoltà di dichiarare, mediante decisione, applicabili le regole che riguardano la lettera G del piano d'esercizio anche alle altre società del gruppo importanti.

Cpv. 2

Il capoverso 2 è formulato come «disposizione potestativa». La FINMA eserciterà questa competenza solo se lo ritiene giustificato alla luce delle specifiche circostanze.

Art. 75 Garanzia di un'attività irreprensibile

Già con l'adozione della LIsFi, nella disposizione è recepita espressamente, come nelle altre leggi sui mercati finanziari, la prassi indiscussa di autorizzazione della FINMA, secondo cui l'istituto sottoposto a sorveglianza – in tal caso il conglomerato assicurativo – deve offrire la garanzia di un'attività irreprensibile (cfr. le spiegazioni in merito all'art. 10 LIsFi). Con l'integrazione del presente rinvio si precisa che la norma per le modifiche del piano d'esercizio secondo l'articolo 5 capoverso 1 si applica anche al conglomerato assicurativo, cosa tutto sommato ovvia.

Art. 77 Solvibilità

Con le modifiche apportate si statuisce in maniera speculare che le disposizioni sulla solvibilità valgono per i conglomerati assicurativi come per le singole imprese di assicurazione. I requisiti sono identici, ciò che viene affermato al capoverso 2 con il rinvio agli articoli 9–9b.

Art. 79bis Piano d'esercizio

Cpv. 1

La lettera G del piano d'esercizio deve ora applicarsi alla società madre del conglomerato in modo tale che il personale dirigente della holding, ovvero della sede sociale, possa essere sottoposto a un obbligo di approvazione.

Alla FINMA viene altresì conferita la facoltà di dichiarare, mediante decisione, applicabili le regole che riguardano la lettera G del piano d'esercizio anche alle altre società del conglomerato importanti.

Cpv. 2

Il capoverso 2 è formulato come «disposizione potestativa». La FINMA eserciterà questa competenza solo se lo ritiene giustificato alla luce delle specifiche circostanze.

Capitolo 7 Consegna di documenti agli stipulanti

Le nuove disposizioni sulla consegna di documenti si rifanno alle prescrizioni per i fornitori di servizi finanziari come previsto agli articoli 72 e 73 LSerFi.

Art. 80 Diritto

Per l'applicazione efficace del diritto è necessario che sia gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione, da un lato, sia gli stipulanti, dall'altro, conoscano a sufficienza la relazione d'affari e il rapporto giuridico. Di conseguenza, questa disposizione conferisce agli stipulanti un diritto alla consegna di una copia del dossier del cliente nonché di tutti i documenti prodotti dall'intermediario assicurativo o dall'impresa di assicurazione nell'ambito della relazione d'affari. In questo modo viene colmata una lacuna nella protezione del cliente presente nel diritto vigente, sempre che finora tale diritto non emergesse già dai principi generali del diritto contrattuale, segnatamente il principio della buona fede. La disposizione contempla sia documenti o dossier in forma cartacea sia documenti, file o registrazioni di ogni genere su supporti elettronici purché si tratti di informazioni o documentazioni determinanti che l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione deve tenere (cfr. ad es. gli art. 30b, 39h, 45 e 45a). Sono esclusi i documenti di mero uso interno come studi preliminari, appunti o bozze (di contratto), in riferimento ai quali non esiste alcun obbligo d'informare o di documentazione, e che pertanto non sono rilevanti per la verifica del comportamento conforme al contratto e alla legge dell'intermediario assicurativo o dell'impresa di assicurazione (cfr. DTF 139 III 49 consid. 4.). Parimenti esclusa è la corrispondenza intercorsa con l'organo di mediazione nell'ambito di una controversia, anche se questa dovesse trovarsi nel dossier del cliente.

Cpv. 2

Salvo diverso accordo, l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione deve, su richiesta dello stipulante, consegnare una copia fisica dei documenti o una forma fisicamente percettibile dei dati elettronici.

Art. 81 Procedura

Cpv. 1

Lo stipulante deve fare valere il suo diritto alla consegna mediante richiesta scritta all'intermediario assicurativo o all'impresa di assicurazione che, dopo la ricezione, ha 30 giorni di tempo per far pervenire una copia dei documenti e del dossier allo stipulante.

Cpv. 2

La prima consegna è finalizzata a garantire la trasparenza reciproca nella relazione contrattuale e non giustifica alcun diritto all'indennizzo o al risarcimento delle spese. L'obbligo corrispondente è direttamente connesso all'adempimento, in ogni caso richiesto, degli obblighi prudenziali di documentazione, di rendiconto e d'informare.

Cpv. 3

Un rifiuto o una consegna solo parziale da parte dell'intermediario assicurativo o dell'impresa di assicurazione può essere determinante in una lite successiva tra le stesse parti nella decisione sulle spese giudiziarie, in quanto un caso simile potrebbe indurre un intermediario assicurativo o un'impresa di assicurazione ad adire le vie legali in buona fede.

Capitolo 7a Mediazione

Art. 82 Principio

Il collaudato principio «prima conciliare, poi giudicare», da tempo recepito nel diritto processuale civile svizzero (cfr. attuale art. 197 Codice di procedura civile²³), deve valere per le controversie di diritto civile tra intermediari assicurativi e imprese di assicurazione, da un lato, e i loro stipulanti, dall'altro, ed essere esplicitamente sancito.

Ciò è anche conforme agli attuali standard riconosciuti a livello internazionale, segnatamente alle raccomandazioni del G20 e della Banca Mondiale²⁴ nonché al diritto dell'Unione europea²⁵. Considerando le peculiarità di natura effettiva e giuridica di queste controversie, in futuro le rispettive procedure di mediazione dovranno essere

²³ RS 272

²⁴ G20 High-Level Principles on Financial Consumer Protection, ottobre 2011; Banca mondiale, Resolving Disputes between Consumers and Financial Businesses: Fundamentals for a Financial Ombudsman, gennaio 2012.

²⁵ Cfr. direttiva 2013/11/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 maggio 2013, sulla risoluzione alternativa delle controversie dei consumatori, che modifica il regolamento (CE) n. 2006/2004 e la direttiva 2009/22/CE, GU L 165 del 18.6.2013, pag. 63 (Direttiva sull'ADR per i consumatori) nonché l'art. 53 par. 1 MiFID.

svolte da particolari organi di mediazione, come l'organo di mediazione dell'assicurazione privata e della Suva, già esistente nel settore dell'assicurazione privata (cfr. in merito anche il n. 3.1.4). A questi organi di mediazione non sono (come sempre) conferite facoltà decisionali. Oggetto della procedura sono non solo controversie vere e proprie relative a pretese derivanti da crediti, bensì qualsiasi tipo di pretesa giuridica, come ad esempio il diritto alla consegna di documenti.

Art. 83 Organo di mediazione

Cpv. 1

La condizione per poter portare davanti a un organo di mediazione divergenze con imprese di assicurazione e con intermediari assicurativi non vincolati è che questi partecipanti al mercato siano affiliati a un organo di mediazione. Con il presente progetto si introduce nel settore delle assicurazioni l'obbligo legale che impone a imprese di assicurazione e intermediari assicurativi di affiliarsi a un organo di mediazione. Per gli intermediari assicurativi, la prova dell'affiliazione è il requisito per l'iscrizione nel registro degli intermediari (art. 42 cpv. 2 lett. e); per le imprese di assicurazione l'affiliazione costituisce la condizione per il rilascio dell'autorizzazione (art. 6 cpv. 1).

Cpv. 2

Le norme concernenti gli organi di mediazione contenute nel titolo quinto della LSerFi, licenziata nell'estate 2018, di regola si applicano, nella loro ratio e nel loro contenuto, agli organi di mediazione in qualsiasi settore, anche al di fuori del mercato finanziario. Da questo punto di vista, appare superfluo riprendere singolarmente anche nella LSA queste norme dalla LSerFi, che ora devono valere anche per il settore assicurativo. Con il rinvio alla LSerFi, le disposizioni si applicano quindi per analogia anche alla LSA, segnatamente le disposizioni relative:

- alla procedura (art. 75 e 76 LSerFi);
- all'obbligo di partecipazione (art. 78 LSerFi);
- alla partecipazione finanziaria (art. 80 LSerFi);
- all'ammissione e all'esclusione (art. 81–83 LSerFi);
- al riconoscimento da parte del DFF (art. 84 LSerFi).

Capitolo 7b: Decisioni tariffali e contenzioso giudiziario

Art. 84 Decisioni tariffali

La rubrica di questo articolo viene modificata per una maggiore chiarezza e fa direttamente riferimento al contenuto dell'articolo. Il contenuto resta invariato.

Art. 86 Contravvenzioni

Il capoverso 1 viene interamente rivisto. Nella revisione si tiene conto del principio perseguito dal Parlamento nella LSerFi, secondo il quale nell'ambito del diritto in materia di vigilanza dei mercati finanziari il comportamento lecito deve essenzialmente e possibilmente essere garantito mediante gli strumenti previsti dal diritto in

materia di vigilanza e non da disposizioni penali (cfr. in merito gli art. 89–92 LSerFi). Conformemente agli approcci nella LSerFi vengono anche ridotti gli importi delle multe.

In quest’ottica, le lettere a, c, d, e f vengono abrogate.

La lettera a commina ora una pena per la violazione degli obblighi d’informare, cruciali per la protezione degli stipulanti, da parte di imprese che non sono assoggettate a vigilanza.

La lettera b viene mantenuta in quanto gli obblighi di notificazione sanzionabili penalmente devono essere adempiuti non solo da chi è assoggettato alla vigilanza (bensì anche da persone che detengono una partecipazione nell’impresa di assicurazione). Se non fosse prevista una pena, gli obblighi rimarrebbero lettera morta. Il mantenimento della punibilità nei confronti degli assoggettati alla vigilanza si giustifica pertanto nella necessità di evitare una notevole disparità di trattamento dei partecipanti al mercato, che si avrebbe altrimenti.

Anche la lettera e e con essa la violazione dell’obbligo d’informare secondo l’articolo 45 LSA deve essere mantenuta come fattispecie penale in modo da tutelare in particolare anche lo status di intermediario finanziario. La disposizione viene spostata alla lettera c.

Art. 87 Delitti

Il contenuto delle disposizioni penali nelle lettere a e b non viene modificato ma – conformemente alla formulazione dell’articolo 41 – riformulato in modo più preciso.

In ossequio al principio perseguito dal Parlamento già nella LSerFi, secondo il quale nell’ambito del diritto in materia di vigilanza dei mercati finanziari il comportamento lecito deve essenzialmente e possibilmente essere garantito mediante gli strumenti previsti dal diritto in materia di vigilanza (cfr. sopra), la mancata o ritardata notifica di modifiche del piano d’esercizio non deve più essere punibile. L’attuale lettera b viene pertanto abrogata.

I delitti elencati nel capoverso 1 lettere c e d restano invariati rispetto al diritto vigente.

Art. 90a Disposizioni transitorie della modifica del [...]

Alle imprese di assicurazione viene concesso un termine uniforme di sei mesi dall’entrata in vigore della modifica entro il quale eseguire le operazioni necessarie per conformarsi ai nuovi requisiti di legge.

Così, ad esempio, le succursali di imprese di riassicurazione estere devono sottoporsi alla vigilanza della FINMA entro sei mesi dall’entrata in vigore della modifica o cessare l’attività esercitata tramite una succursale (cpv. 1). Con questa soluzione si tengono aperti i mercati, vale a dire che l’offerta transfrontaliera di coperture riassicurative in regime di libera circolazione dei servizi non viene limitata ma l’impresa di riassicurazione deve decidere se intende gestire una succursale in Svizzera.

Inoltre, tutte le imprese di assicurazione devono dichiarare entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica tramite il formulario K se intendono esercitare attività *wholesale e/o captive* e stipulare contratti con stipulanti non professionisti (cpv. 2).

Oltre a ciò, le imprese di assicurazione estere che intendono esercitare o che esercitano già un'attività assicurativa in Svizzera devono iscrivere la loro succursale nel registro di commercio entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica (cpv. 3).

Le imprese di assicurazione con sede in Svizzera che hanno costituito un patrimonio vincolato per i portafogli delle succursali estere devono, entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica, sciogliere questo patrimonio vincolato e informare gli assicurati interessati della decadenza del patrimonio vincolato (cpv. 4). L'informazione degli assicurati è finalizzata alla protezione dei clienti, in quanto gli assicurati vengono messi a conoscenza del fatto che eventuali crediti derivanti dal contratto d'assicurazione non sono più garantiti da un patrimonio vincolato.

Le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi non vincolati devono a loro volta affidarsi a un organo di mediazione entro sei mesi dall'entrata in vigore della modifica (cpv. 5).

4.2 Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale

Art. 76 Fondo nazionale di garanzia

Secondo la normativa vigente, il Fondo nazionale di garanzia eroga prestazioni nel ramo dell'assicurazione di responsabilità civile per i veicoli a motore solo in caso di fallimento dell'assicurazione e non di un suo risanamento (art. 76 cpv. 2 lett. b). La modifica proposta tiene conto dell'estensione nella LSA e assicura che d'ora in poi il Fondo nazionale di garanzia eroghi prestazioni anche nell'ambito di procedure di risanamento o di determinati provvedimenti conservativi ordinati in caso di pericolo d'insolvenza. La modifica non estende il campo di applicazione dell'obbligo a carico del Fondo nazionale di garanzia, ossia l'obbligo a versare una prestazione in caso di pericolo d'insolvenza. La copertura del fallimento garantita dal Fondo nazionale di garanzia, finora illimitata, deve però essere circoscritta. L'entità di tale limitazione deve essere precisata nell'ordinanza del 20 novembre 1959²⁶ sull'assicurazione dei veicoli (OAV). Infine, la riformulazione linguistica e la nuova ripartizione del contenuto migliorano la leggibilità della disposizione.

Cpv. 1 e 2

Il contenuto del capoverso 1 replica il diritto vigente. Per una migliore leggibilità, la seconda parte del periodo è stata spostata in un nuovo capoverso 2.

Cpv. 3 e 5

Il capoverso 3 enuncia, come nella legge vigente (cpv. 2), i compiti del Fondo nazionale di garanzia. Come nel capoverso 5, questi compiti vengono concretizzati dal

²⁶ RS 741.31

Consiglio federale nell'OAV. L'OAV dovrà disciplinare anche l'entità massima della copertura del fallimento e del risanamento (cfr. cpv. 5 lett. b) nonché la procedura per la liquidazione privilegiata di pretese nei confronti del Fondo nazionale di garanzia nella procedura di fallimento dell'assicurazione (cfr. cpv. 5 lett. e).

Cpv. 4

Il capoverso 4 riprende l'attuale norma sancita al capoverso 2 lettera b concernente la copertura in caso d'insolvenza. Questa norma viene modificata in due punti nella lettera a. Nella procedura di fallimento dell'assicurazione, il Fondo nazionale di garanzia deve intervenire solo alla fine. La parte lesa può presentare l'attestato di carenza dei beni, rilasciatogli per la parte del danno non coperta dalla massa fallimentare, al Fondo nazionale di garanzia, che la risarcisce del danno non coperto. Anche con questa nuova norma resta pertanto garantito il privilegio previsto nella LCStr per le vittime della strada.

Poiché la procedura ordinaria di fallimento dell'assicurazione durerà diversi anni, il risarcimento integrale del sinistro sarà notevolmente posticipato rispetto allo status quo. Con la nuova regolamentazione in materia di procedura e copertura stabilita alla lettera a si intende evitare la penalizzazione delle vittime di incidenti stradali rispetto ad oggi, consentendo una liquidazione privilegiata delle pretese che possono essere soddisfatte. L'ipotesi è che la vittima dell'incidente ottenga dall'amministratore del fallimento una conferma attestante la percentuale dell'acconto (cfr. il precedente nuovo art. 54^{bis} LSA). La vittima dell'incidente stradale può fare così pervenire questa conferma al Fondo nazionale di garanzia, che si farà carico di quella parte di pretese legittime rimasta insoddisfatta con l'acconto. In questo modo la parte lesa vede risarcito per intero il danno residuo, in maniera tempestiva e priva di formalità burocratiche e, grazie a questo processo, riceve un trattamento migliore in quanto le sue pretese di risarcimento vengono liquidate più rapidamente rispetto al solo pagamento dell'acconto con successivo rilascio di un attestato di carenza dei beni.

Alla lettera b viene sancito l'obbligo di versamento delle prestazioni che incombe al Fondo nazionale di garanzia in caso di risanamento. In una procedura di risanamento di cui all'articolo 52a dell'avamprogetto della LSA, il Fondo nazionale di garanzia è tenuto a risarcire alla parte lesa nel quadro della responsabilità civile per i veicoli a motore l'importo corrispondente alla riduzione dei versamenti per sinistri ordinata dalla FINMA nell'ambito della procedura di risanamento. La liquidazione del sinistro continua comunque a essere eseguita dall'impresa di assicurazione in sofferenza. Il Fondo nazionale di garanzia versa a questa impresa acconti periodici. In questo modo tutti i danni di responsabilità civile per i veicoli a motore possono essere liquidati senza riduzione.

Come nel diritto vigente, anche con la nuova disposizione viene garantita una protezione integrale in tutti i casi d'insolvenza. Le assicurazioni sociali subentrano nelle pretese delle vittime della strada nella misura in cui hanno loro corrisposto un indennizzo. Le loro prestazioni devono pertanto essere coordinate con quelle del Fondo nazionale di garanzia.

Cpv. 6 e 7

Gli attuali capoversi 4 e 5 restano invariati e sono spostati ai capoversi 6 e 7.

Cpv. 8

Come nel diritto vigente (attuale cpv. 6), mediante il pagamento dell'indennità il Fondo nazionale di garanzia subentra alla parte lesa relativamente ai suoi diritti. Per le prestazioni di cui al capoverso 4, i pagamenti del Fondo nazionale di garanzia alla parte lesa devono ora però essere effettuati con effetto liberatorio per il detentore e il conducente del veicolo con il quale è stato causato il danno. La novità introdotta nel secondo periodo è che il Fondo nazionale di garanzia non deve esercitare azione di regresso nei confronti del conducente o del detentore che ha agito per colpa lieve o che è responsabile solo in quanto portatore del rischio d'esercizio del veicolo. L'integrazione nell'ultimo periodo serve infine a precisare che, se sussiste un obbligo al versamento delle prestazioni a carico del Fondo nazionale di garanzia, le parti lese non possono avanzare la medesima pretesa nei confronti del detentore e del conducente del veicolo con il quale è stato causato il danno. Questo si giustifica già solo per il fatto che al detentore o al conducente non spetta alcun diritto di regresso nei confronti del Fondo nazionale di garanzia.

Art. 76a cpv. 4^{bis}

In questo capoverso si sancisce ora l'obbligo del Fondo nazionale di garanzia di inserire, nell'allegato del conto annuale, una stima degli obblighi di pagamento attesi, se la FINMA ha avviato una procedura di risanamento o aperto una procedura di fallimento dell'assicurazione nei confronti di un assicuratore di responsabilità civile per i veicoli a motore. In questo modo – diversamente da una corrispondente iscrizione delle passività – si garantisce che il Fondo nazionale di garanzia non si indebiti eccessivamente. Questa norma è giustificata in quanto il Fondo nazionale di garanzia può aumentare i contributi per l'anno successivo in virtù dell'articolo 76a capoverso 2 e onorare, grazie a queste entrate aggiuntive, i suoi impegni anche senza misure di risanamento.

4.3 Legge del 22 giugno 2007 sulla vigilanza dei mercati finanziari

*Art. 37 Revoca dell'autorizzazione, del riconoscimento,
dell'abilitazione o della registrazione*

Secondo il messaggio concernente la LSF e LIFin (FF 2015 8901), per ragioni di certezza del diritto, nell'articolo 3 LFINMA avrebbe dovuto essere precisato che i partecipanti al mercato finanziario registrati non sono considerati assoggettati alla vigilanza²⁷, tenendo presente che la disposizione si rivolgeva soprattutto anche gli intermediari assicurativi, che non erano soggetti a una vigilanza equiparabile a quella degli altri assoggettati solo per il fatto di essere registrati. Dopo la decisione del Parlamento di non assoggettare alla LSerFi le norme di comportamento del settore assicurativo, la registrazione è stata reinserita nell'articolo 3 LFINMA mentre la modifica, a questo punto altrettanto necessaria, riguardo alla revoca è stata dimenticata nell'articolo 37 LFINMA. Questa svista legislativa viene ora corretta inserendo nuovamente il termine

²⁷ FF 2015 7459

«registrazione» nell'articolo 37 capoverso 1 LFINMA e adeguando conseguentemente la rubrica. Ciò non significa che fino all'entrata in vigore di questa correzione la FINMA non possa revocare la registrazione a un intermediario assicurativo. Il principio di polizia secondo cui è possibile revocare un'autorizzazione precedentemente concessa vale naturalmente anche senza esplicita base legale.

5 Ripercussioni

Stando ai dati a fine 2017, la modifica della LSA interessa direttamente 213 imprese di assicurazione soggette alla vigilanza della FINMA, tutti gli intermediari assicurativi non vincolati e vincolati nonché i loro clienti e creditori. Le modifiche proposte si muovono innanzitutto nel quadro posto dagli *International Association of Insurance Supervisors* con i loro *Insurance Core Principles* e altresì in conformità con i requisiti di equivalenza dell'UE per la regolamentazione delle assicurazioni.

L'introduzione di una regolamentazione del risanamento offre agli assicuratori un'alternativa alla procedura di fallimento dell'assicurazione, finalizzata al mantenimento dell'impresa interessata. Questa alternativa permette di tutelare anche gli stipulanti, in particolare quelli nel ramo dell'assicurazione malattie complementare o dell'assicurazione sulla vita, in quanto semplifica il trasferimento degli effettivi degli assicurati e quindi la continuazione delle corrispondenti relazioni contrattuali. In caso di grandi effettivi degli assicurati, tali trasferimenti di portafoglio sarebbero attualmente quasi impossibili da realizzare per via della premessa volontarietà e di eventuali riserve non sufficientemente coperte. Gli assicurati (e i riassicurati) concorrono in una posizione di privilegio nella gerarchia dei creditori a scapito dei creditori della terza classe.

La protezione dei clienti privati viene potenziata nell'ambito dell'intermediazione assicurativa non vincolata in quanto viene ora ammessa un'unica classificazione degli intermediari assicurativi in *vincolati* e *non vincolati* per tutte le tipologie di assicurazione. Gli intermediari non vincolati devono altresì pubblicare tutti i tipi di indennità percepite e garantire un'attività irreprensibile secondo le prescrizioni della FINMA. Inoltre, in conformità con la LSerFi e per rafforzare la protezione dei clienti, anche tutti gli intermediari assicurativi devono essere affiliati a un organo di mediazione, e nel ramo delle assicurazioni sulla vita qualificate le assicurazioni sono chiamate al rispetto di ulteriori obblighi d'informare. Infine, gli intermediari assicurativi vincolati perdono la possibilità di iscriversi volontariamente nel registro della FINMA, possono tuttavia continuare a iscriversi in registri gestiti privatamente.

Le misure previste a protezione dei clienti comportano oneri amministrativi maggiori per gli intermediari assicurativi non vincolati e per gli offerenti di assicurazioni sulla vita qualificate. Ulteriori oneri supplementari risultano per circa 30 imprese di assicurazione principalmente di piccole dimensioni, che ora sono tenute a procedere a una revisione interna. Le assicurazioni interessate possono scegliere se istituire una revisione interna o avvalersi dei corrispondenti servizi offerti sul mercato. La revoca della facoltà della FINMA di esonerare le imprese di assicurazione dall'obbligo di revisione interna è legata al rispetto dei requisiti di equivalenza dell'UE. Inoltre, le succursali di riassicuratori esteri saranno sottoposte alla vigilanza della FINMA. L'introduzione

di una regolamentazione del risanamento non comporta un incremento diretto degli oneri per gli assicuratori.

D'altra parte, l'abolizione dell'obbligo di detenere un patrimonio vincolato per clienti istituzionali nel quadro del nuovo sistema di regolamentazione e di sorveglianza basato sulla protezione dei clienti agevola il finanziamento degli assicuratori interessati. È istituita inoltre la possibilità per la FINMA di esonerare dalla sorveglianza le imprese di assicurazione con modelli aziendali innovativi, sempre che la protezione degli assicurati rimanga garantita.

La modifica della legge aumenta l'attrattiva complessiva del settore assicurativo in Svizzera, tiene conto del principio dell'equivalenza dell'UE nel settore assicurativo e crea così opportunità di crescita. Non insorgono compiti e costi aggiuntivi a carico di Confederazione, Cantoni e Comuni.

Spiegazioni dettagliate sull'analisi dell'impatto della regolamentazione si trovano nell'allegato 1 al rapporto esplicativo.

6 Aspetti giuridici

La LSA (modificata) si rifà, come la LSA vigente, agli articoli 82 capoverso 1, 98 capoverso 3, 117 capoverso 1 e 122 capoverso 1 della Costituzione federale²⁸. Le modifiche della LCStr si rifanno alle medesime basi giuridiche di questa stessa legge.

La presente modifica della LSA è conforme all'Accordo del 1989 tra Svizzera e UE concernente l'assicurazione diretta e agli altri impegni internazionali della Svizzera. È altresì in linea con gli *Insurance Core Principles* sviluppati dagli *International Association of Insurance Supervisors*.

6.1 Protezione dei dati

Con l'istituzione del proposto articolo 42a si crea una base giuridica per permettere alla FINMA di trasmettere a terzi i dati presenti nel registro degli intermediari assicurativi non vincolati tenuto dalla stessa o di renderli accessibili a terzi con procedura di richiamo mediante un'interfaccia.

6.2 Deleghe di competenze legislative nuove o modificate

La proposta modifica della LSA contiene le seguenti deleghe di competenze legislative al Consiglio federale, nuove o modificate:

articoli 2 capoverso 4 lettera b, 2a capoverso 2, 9b, 20, 39b capoverso 4, 39c capoverso 2, 39d, 39i, 42 capoverso 4 LSA e articolo 76 capoverso 5 lettera d LCStr.

²⁸ RS 101