

DIRITTO ASSICURATIVO

Di Luca Buratto

a.a. 2015/2016

Prof. A. Lonciari

Storia del contratto assicurativo

Il contratto di assicurazione nasce nel XIV secolo: i mercanti dovendo trasportare le merci via nave iniziarono ad accordarsi fra di loro per fronteggiare il rischio di non arrivo a destinazione del carico della nave. In caso di naufragio della nave o comunque di smarrimento del carico, si attingeva ad un fondo -finanziato dagli altri mercanti- per risarcire, almeno in parte, il carico perduto. Notiamo che c'è già l'idea di base, cioè l'incertezza dell'evento e la suddivisione del rischio fra più soggetti (contributi versati in un fondo). Possiamo quindi dire che il contratto assicurativo nasce nell'ambito mercantile.

Nel 1774 avviene *Gambling act*. E' la prima forma di assicurazione con criteri probabilistico-statistici. Per la prima volta c'è una disciplina su come valutare il rischio, che è un evento futuro, sulle esigenze dei soggetti.

Un altro passo importante nella storia del diritto assicurativo è la costituzione della società *Lloyd's di Londra*, società che principalmente si occupava di riassicurare le imprese di assicurazione: le società di assicurazione trasferiscono alle società di riassicurazione i rischi assunti.

Solo in seguito si hanno le prime forme di assicurazione vita caso morte e caso vita. In questo stesso periodo nascono le tabelle di mortalità che hanno lo scopo di stabilire in modo chiaro l'incidenza dell'evento morte su un determinato soggetto.

Fonti del diritto assicurativo

- Codice Civile del 1942 all'articolo 1882
 - Leggi speciali per disciplinare
 - materie specifiche: legge 990 del 1969 ha reso obbligatoria la stipulazione di un contratto
 - Testo unico 1959 disciplinava l'assicurazione vita
 - A livello europeo è stato in vigore il Trattato di Roma, trasformato poi – con l'intervento di varie altre leggi, nel *Trattato sul funzionamento dell'unione europea* (TFUE) che contiene alcuni principi fondamentali sul funzionamento del mercato assicurativo. Tra questi segnaliamo la **libertà di stabilimento** e la **libera prestazione di servizi**. Essi sono due fenomeni, due fattispecie che permettono di fondare un'impresa assicurativa all'estero, cioè di stabilire la propria sede all'interno di un qualunque Stato dell'Unione Europea. Ma anche di esercitare l'attività assicurativa in uno Stato qualunque dell'Unione Europea. Per completezza aggiungiamo che questi principi valgono anche per le altre attività lavorative. Ad esempio l'assicurazione francese Axa opera anche in Italia. L'Unione Europea ha così cominciato ad armonizzare il mercato europeo: in pratica l'organo deputato ha iniziato ad emettere delle direttive per disciplinare l'accesso all'attività assicurativa dei rami danni, poi a disciplinare l'accesso all'attività assicurativa dei rami vita, poi sono state emanate delle direttive in merito alle autorità di controllo. Ad esempio chi controlla l'attività di Axa in Italia? L'autorità italiana o l'autorità francese? Quindi a poco a poco sono state rese omogenee le regole che disciplinano il mercato assicurativo europeo.
- Le **differenze** fra la libera prestazione di servizi detta anche **principio di libera prestazione di servizi** e la libertà di stabilimento (detta anche **principio di libertà di stabilimento**) sono le seguenti:

- nel caso di libera prestazione di servizi l'impresa non opera permanentemente sul territorio -ad esempio vende i prodotti assicurativi tramite web in altri Paesi- cioè non predispone una struttura organizzativa stabile in quel Paese dell'Unione Europea.
- mentre nel caso di del principio di libertà di stabilimento viene stabilita un'entità organizzata in altro Paese – ad esempio la filiale di Axa in Italia.

Come funziona il sistema? Normalmente funziona così: l'organo europeo deputato emette la direttiva indicando le parti essenziali e i principi fondamentali che devono essere rispettate dagli Stati membri indicando altresì le parti su cui gli Stati possono discostarsi dalla direttiva emanata. Ciò perché ogni Stato emette una legge di recepimento della direttiva con cui cerca di adeguarsi e coordinare le leggi esistenti. Spesso la direttiva stessa fissa i termini del recepimento.

Così facendo -grazie alle direttive comunitarie ed alle leggi di recepimento- si è andato formando un mercato omogeneo in materia assicurativa. Questo processo è tutt'ora in corso con la direttiva europea Solvency 2. L'armonizzazione facilita molto l'attività delle imprese negli altri Stati, in quanto mira alla creazione di un mercato unico, e dunque si sa già -più o meno- quali saranno le norme da rispettare in quello specifico settore economico.

- Vi è una grande similarità fra gli elementi presenti nel settore assicurativo, bancario e finanziario (fenomeno osmotico).
- Nel **Settembre 2005** -vista la miriade di disposizioni in materia di accesso all'attività assicurativa- il legislatore italiano decide di raggruppare tutta la legislazione in materia assicurativa nel decreto legislativo 209 del 2005. Esso è il **Codice delle assicurazioni private** che diventa il testo fondamentale che disciplina la materia assicurativa. Esso indica inoltre tutte le norme che sono abrogate in seguito all'approvazione del codice.
 - **Abrogare** una norma significa che la norma viene cancellata. Infatti quando viene emanata una norma, è possibile includervi esplicitamente l'abrogazione di norme precedenti ad essa. Il principio generale stabilisce che una norma può modificare o anche abrogare le leggi precedenti. Nel caso del Codice delle assicurazioni vi è l'elenco di tutti gli articoli e delle norme che sono state abrogate, così da non far sorgere problemi interpretativi.

Nel Codice delle assicurazioni c'è anche la disciplina della responsabilità civile auto: oggi c'è in corso un dibattito a causa di un abuso se non addirittura una frode sul risarcimento dei danni alla persona a seguito di incidenti d'auto (vedi *danno biologico*). Su questo tema sono state introdotte varie leggi che hanno modificato e abrogato norme contenute nel Codice delle assicurazioni.
- Infine -lo accenneremo soltanto- le imprese assicuratrici devono anche rispettare le norme a tutela del consumatore. Esiste infatti il decreto legislativo 206 del 2005 chiamato **Codice del consumatore** che indica una serie di comportamenti da tenere e rispettare nei confronti del consumatore. Ad esempio in fase di stipula del contratto assicurativo la possibilità di inserire determinate **clausole onerose** per il consumatore, chiamato anche contraente debole, che quindi possono essere riconosciute come **vessatorie** e quindi non essere valide.
- Non dimentichiamo poi le **Condizioni generali di polizza** che costituiscono fonte di una regolamentazione fra le parti. Se in queste condizioni è inserito l'obbligo o il divieto di un certo comportamento per l'assicurato, la sua violazione avrà come conseguenza la perdita di esercizio di un certo diritto piuttosto che la perdita di indennità (corrispettivo) per l'assicurato. Esistono infine le **Condizioni speciali di polizza** -che riguardano il singolo contratto stipulato- che non devono contrastare con quanto previsto dal Codice del consumatore.

Naturalmente io futuro attuario non dovrò sapere a memoria tutti gli articoli sopra citati, ma dovrò sapere dove andare a cercare la normativa per un problema specifico.

Schema del contratto di assicurazione

A differenza di come si concludono i comuni contratti in cui prestazione e contro prestazione avvengono quasi simultaneamente, ad esempio l'acquisto del biglietto del bus oppure l'acquisto di un libro in libreria ove biglietto e somma di denaro sono scambiati praticamente nello stesso momento; nel caso del contratto di assicurazione danni il **bisogno è futuro**, non attuale. Un esempio è il bisogno di assicurarsi contro l'eventuale furto dell'automobile che si sta per comprare oppure evitare le conseguenze economiche dannose a seguito di un incendio in casa. Quindi apparentemente a fronte del pagamento immediato di un premio -che rappresenta la prestazione-, la controprestazione si avrà -eventualmente- solo nel futuro. Tuttavia è nel momento della conclusione del contratto, cioè subito, che l'assicurato acquista la **serenità**, la tranquillità e la certezza che un domani l'assicurazione metterà a disposizione i mezzi per fronteggiare le conseguenze dannose dell'evento futuro e incerto. Perciò il bisogno è **soddisfatto nell'immediato**.

Nel caso del contratto di assicurazione caso vita lo schema è lo stesso, a parte il fatto che l'evento morte avverrà con certezza e l'incertezza è solo nel momento temporale.

08/03/2016

Forma giuridica dell'impresa di assicurazione

L'impresa è un elemento qualificante e caratterizzante dell'attività assicurativa, essa deve avere una **qualificazione tecnica, contabile, amministrativa e finanziaria** per poter contabilizzare i rischi e far fronte agli impegni assunti. La assunzione di una massa omogenea di rischi permette una migliore valutazione dei rischi che ci si assume. Infatti più alto il numero dei contratti con caratteristiche omogenee più facile sarà a determinare l'incidenza del rischio e quindi come far fronte alla richiesta di risarcimento danni. Nell'assicurazione vita contiamo sulle *tavole di mortalità*. Infatti nelle assicurazioni vita proprio perché ci sono questi dati scientifici che permettono di calcolare l'incidenza dell'evento morte o dell'evento sopravvivenza, permettono di predisporre riserve e strumenti finanziari più adatti per far fronte alle richieste della rendita o dell'indennità.

L'imprenditore può essere imprenditore individuale o imprenditore collettivo, quest'ultimo è la società. Le società si suddividono in:

- **Società di persone:** non c'è una autonomia giuridica vera e propria, risponde il patrimonio della società verso le obbligazioni dei terzi, ma soprattutto se questo patrimonio non c'è, come nella maggior parte dei casi, rispondono i soci **illimitatamente e solidalmente**. Le società di persone si suddividono in *Società semplice*, *Società in nome collettivo* e *Società in accomandita semplice*. Questo tipo di società **non offre garanzie ai terzi**. Questo tipo di società va bene se l'attività è di dimensioni ridotte (attività commerciale, attività artigianale). L'amministrazione è affidata ai soci che esprimono o meno il loro consenso. **Non c'è** un particolare **controllo**. Vi possono essere varie forme di amministrazione come l'amministrazione disgiunta e l'amministrazione congiunta: l'**amministrazione disgiunta** permette a ciascun socio amministratore di compiere da solo gli atti che ritiene più opportuni per la gestione della società senza interpellare nessuno. L'unico diritto che si riconosce è quello dell'opposizione di un altro socio a queste azioni.

→ Non potendo tutelare i terzi non può essere la forma dell'organizzazione di tipo giuridico-finanziaria che permette di effettuare dei controlli su quello che avviene all'interno della società. Infatti la forma prevista per le società di assicurazione è quella della Società di capitali.

- **Società di capitali:** esistono varie tipologie all'interno, *Società per azioni*, *Società a responsabilità limitata*, *Società in accomandita per azioni* e infine *Società cooperative* che

per ora tralasciamo. Il modello societario più adeguato per l'impresa assicurativa è la società per azioni.

1. Società per azioni:

Per le proprie regole e per la propria struttura organizzativa garantisce e **tutela i terzi creditori** perché all'interno ci sono dei sistemi di controllo che permettono la gestione della società sotto una vigilanza in modo tale da segnalare qualsiasi anomalia, tra cui soprattutto insolvenza.

Per la costituzione di questa società occorre un **atto notarile**, e già qui c'è un primo controllo da parte del notaio che redige l'atto costitutivo che è pubblico e dunque di forma solenne, il notaio depositerà l'atto presso il *Registro delle imprese*. Il **Registro delle imprese** è un istituto giuridico fondamentale per le società di capitali in genere, fisicamente è depositato alla *Camera del Commercio* ed alla funzione di annotare e registrare i fatti relativi alla società con l'importantissima conseguenza che questi dati sono opponibili ai terzi poiché ritenuto conoscibile da essi. Ad esempio la modifica dell'oggetto sociale. Vi è anche il controllo da parte del giudice del registro.

Capitale sociale e patrimonio delle società per azioni

Nella disciplina delle società per azioni c'è la distinzione tra patrimonio e capitale sociale: il **patrimonio** è l'insieme di attività formato da qualsiasi bene suscettibile di valutazione economica. Ad esempio l'immobile di proprietà rientra nel patrimonio, mentre il capitale sociale è l'entità numerica rigida che rappresenta il patrimonio. Il **capitale sociale** è previsto essere costituito dai conferimenti dei soci, è rappresentato da azioni liberamente trasferibili in cambio di conferimento del denaro dei soci. All'inizio patrimonio e capitale tenderanno a coincidere, ed è previsto un requisito minimo di capitale legale. In fase costitutiva va versato almeno il 25% del capitale sociale. Se tutti i soci versano l'intero ammontare dei propri conferimenti allora patrimonio e capitale sociale saranno identici. Dopodiché essendo il capitale sociale un'entità fissa, se la società andrà bene il capitale crescerà viceversa diminuirà. Se la variazione tra le due entità comincia ad essere consistente si dovrà adeguare il capitale sociale al patrimonio riducendo il capitale sociale, e se il capitale sociale scende al di sotto del minimo legale o si ricostituisce il capitale o si dovrà addirittura sciogliere la società porla in liquidazione o ancora si dovrà trasformarla. Questo per dire che ci sono delle regole molto precise all'interno della società per azioni relativamente all'andamento patrimoniale della società.

Gli organi sociali della società per azioni

Innanzitutto c'è l'*Assemblea dei soci* che ha il potere di nomina e revoca degli organi di gestione, che sono il *Consiglio di amministrazione* il quale nomina l'*Amministratore delegato* che è colui che esegue le decisioni e determinazioni del Consiglio di Amministrazione portandole all'esterno della società ed il *Collegio sindacale* ha la funzione di vigilare e controllare che gli amministratori gestiscano la società secondo la legge e secondo l'atto costitutivo della società. Vi è anche la nomina di un organo esterno che ha la funzione di controllare contabilmente la società, egli è il *revisore legale* che trimestralmente controlla la transazione di denaro all'interno della società che ha un importante ruolo sul bilancio della società. Quanto appena descritto è il **sistema di governance tradizionale**.

Approfondimento sui sistemi di governance di una società di capitali

Il sistema di governance di una società è l'insieme degli organi che hanno la gestione della società ed il controllo sulla gestione. E' possibile che in qualità di attuario venga coinvolto nel sistema di governance di una società. Vediamo quali tipi di governance esistono:

a) **Sistema di governance tradizionale:** è composto

- I. dall'organo assembleare che è l'Assemblea dei soci. Essa nomina il Consiglio di amministrazione, ed anche il Collegio sindacale.
- II. dall'organo amministrativo che è il Consiglio di amministrazione, che nomina l'Amministratore delegato
- III. dall'organo di controllo interno che è il Collegio sindacale che vigila sul Consiglio di amministrazione.
- IV. dall'organo di controllo esterno che è il revisore legale. Esso controlla il bilancio.

- b) **Sistema di governance dualistico**: molto diffuso in Germania; è composto
- I. dall'organo assembleare che è l'Assemblea dei soci. Essa nomina il Consiglio di sorveglianza
 - II. dall'organo amministrativo che è il *Consiglio di gestione*
 - III. dall'organo di controllo interno che è il *Consiglio di sorveglianza* che vigila sul Consiglio di gestione.
 - IV. dall'organo di controllo esterno che controlla il bilancio.

C'è una differenza fondamentale: mentre nel sistema tradizionale l'Assemblea dei soci nomina e revoca i membri del Consiglio di amministrazione ed anche i membri Collegio sindacale, nel sistema dualistico l'Assemblea dei soci nomina i membri del Consiglio di sorveglianza, ed è il Consiglio di sorveglianza a nominare i membri del Consiglio di gestione. Questo comporta una **maggiore autonomia degli amministratori** rispetto all'azionista di maggioranza, il quale ha molto potere nell'Assemblea dei soci.

	Tradizionale	Dualistico
org. assembleare	Assemblea soci	Assemblea soci
org. amministrativo	Consiglio di amministrazione	Consiglio di gestione
org. di controllo interno	Collegio sindacale	Consiglio di sorveglianza
org. di controllo esterno	Revisore legale	Organo controllo esterno

- c) **Sistema di governance monistico**: sistema di derivazione anglosassone; è composto
- I. dall'organo assembleare che è l'Assemblea dei soci. Essa nomina il Consiglio di amministrazione.
 - II. dall'organo amministrativo che è il *Consiglio di amministrazione*
 - III. dall'organo di controllo interno che è il *Comitato di controllo sulla gestione* che vigila sul
 - IV. dall'organo di controllo esterno che controlla il bilancio.

Vi è sempre l'Assemblea dei soci che nomina il Consiglio di amministrazione al cui interno, è questa la particolarità, vengono nominati coloro che faranno parte dell'organo di controllo. La particolarità è che **alcuni membri** eletti dall'Assemblea dei soci che sono membri del **Consiglio di amministrazione** possono essere **anche** nominati membri del **Comitato di controllo sulla gestione**. Essi rivestono sia la qualità di controllore che di controllato. E' difficile immaginare una indipendenza in questi soggetti, ma è anche vero che parliamo di un mondo diverso dal nostro. Anche qui vi è un soggetto esterno che revisiona il bilancio.

	Tradizionale	Monistico
org. assembleare	Assemblea soci	Assemblea soci
org. amministrativo	Consiglio di amministrazione	Consiglio di amministrazione
org. di controllo interno	Collegio sindacale	Comitato di controllo sulla gestione
org. di controllo esterno	Revisore legale	Organo controllo esterno

2. Società cooperativa per azioni

Il Codice Civile prevede anche la forma della società cooperativa per azioni per lo svolgimento dell'impresa assicurativa. **Nessuno** finora ha scelto questa forma per lo svolgimento dell'attività. Se una società di questo tipo decidesse di svolgere attività assicurativa allora dovrebbe assicurare i propri soci con la possibilità di assicurare anche terzi soggetti sempre e comunque. Vediamo cosa sono le società cooperative, che sono società di capitali.

Società cooperative

Si caratterizzano per il principio di mutualità. Mentre nelle società per azioni lo scopo è il lucro. Il vantaggio tratto dalla attività assicurativa va a beneficio dei propri soci. Ci sono vari tipi di società cooperative *società cooperativa lavoro, società cooperativa servizi, società cooperativa immobili* e via dicendo. La finalità è quella di costruire immobili, nel caso della società cooperativa immobili, ma questi immobili verranno poi assegnati ai propri soci. Quindi il vantaggio per il socio è quello di ottenere un determinato bene o un determinato servizio. La società cooperativa ha la caratteristica che tutti possono entrare tutti possono uscire, c'è il cosiddetto **principio della porta aperta**. Anche qui vi è l'Assemblea dei soci, l'organo di amministrazione e l'organo di controllo sull'amministrazione, quindi anche qui abbiamo un'organizzazione che permette un controllo e la vigilanza sulla gestione della società.

La società cooperativa può essere di due tipi: società cooperativa **a mutualità prevalente** se svolge la propria attività in prevalenza verso i soci, ciò lo posso dedurre dal bilancio. Essa ha certi benefici sulle imposte. Se invece si rivolge prevalentemente verso i non soci si dice società cooperativa **a mutualità non prevalente**.

3. Società di mutua di assicurazione

Detta anche semplicemente *mutua assicuratrice*. Forma di impresa che può svolgere attività assicurativa. La **Reale Mutua** è una vecchissima società mutua di assicurazione con sede a Torino dal 1828. La caratteristica che distingue la società mutua di assicurazione dalla società cooperativa è che nel momento in cui si diventa **assicurati** si diventa **anche soci**, quindi nel momento in cui si interrompe il rapporto assicurativo non si è più soci.

4. Società europea

Una società che ha le caratteristiche della società per azioni, ma che è costituita dall' **unione di diverse società** che hanno sede in diversi Paesi dell'Unione Europea.

Finita la premessa sulla forma che l'impresa deve avere per esercitare l'attività assicurativa.

Disciplina delle assicurazioni: Codice delle assicurazioni, Codice Civile, Testo Unico Finanziario,

Non dimentichiamo che l'impresa assicurativa è anche impresa commerciale. Il nostro Codice Civile fornisce una definizione di imprenditore: **imprenditore** è "*chi esercita professionalmente un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o di servizi*" (articolo **2082**). Subito dopo fa la distinzione tra imprenditore agricolo e imprenditore commerciale: imprenditore commerciale fa rispettare tutte le regole contenute nello statuto dell'imprenditore commerciale e a differenza dell'imprenditore agricolo può fallire. Inoltre egli deve sottostare alle norme di tenuta contabili. Questo per far presente che non basta guardare solo il *Codice delle assicurazioni*, ma bisogna guardare anche alcune norme commerciali contenute nel *Codice Civile* oltre al Decreto legislativo numero 58 del 1998 cioè **Testo Unico Finanziario** che è un testo di legge fondamentale che disciplina il mercato finanziario che ha le stesse regole del mercato assicurativo. Troverò qui dunque le norme relative ai **prodotti assicurativi finanziari** quella tipologia di prodotti che pur prendendo il nome di prodotti assicurativi hanno delle caratteristiche finanziarie. Un esempio sono le polizze Unit Linked, su di esse si sta discutendo molto perché qualcuno dice che sono prodotti finanziari mentre altri prodotti assicurativi.

Prodotti assicurativi finanziari

Tra le varie direttive emanate c'è il riconoscimento di alcuni prodotti assicurativi con caratteristiche più finanziarie che assicurative, sono i così detti *prodotti assicurativi finanziari* come ad esempio le

polizze *Unit Linked*. Se i prodotti emanati dalle imprese assicurative hanno una certa caratteristica, allora essi appartengono a questa categoria. Essi hanno una disciplina ad hoc sebbene restino prodotti assicurativi.

Assicurazioni sociali

Sia l'*Istituto nazionale contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali* sia l'*Istituto nazionale della previdenza sociale* eroga la prestazione previdenziale cioè la pensione.

Le assicurazioni sociali sono rapporti assicurativi che sorgono obbligatoriamente nel momento in cui si instaura un rapporto di lavoro. In questi casi non si parla di premi ma si parla di **contributi** che sono versati sulla base della retribuzione del soggetto e che tiene conto dell'anzianità e qualifica del soggetto. Nel momento in cui sorge un rapporto di **lavoro subordinato** scatta l'obbligo per il datore di lavoro di versare i contributi, ma anche se il datore non ha versato i contributi nei limiti della prescrizione il lavoratore ha comunque diritto alla prestazione previdenziale. Ad esempio in caso di lavoro in nero -dunque soggetto senza iscrizione all'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro- ed ha un incidente sul lavoro, se il lavoratore ne è ignaro il lavoratore dimostra che ha avuto un incidente mentre lavorava per il proprio datore di lavoro allora egli avrà comunque diritto ad una prestazione previdenziale dall'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro, che poi si rivarrà sul datore di lavoro. Ma la cosa importante è che il lavoratore possa comunque godere del **principio dell'automaticità della prestazione** che afferma che una volta dimostrato il presupposto dal quale sorgeva l'obbligo di assicurare lavoratore, allora il lavoratore ha diritto alla prestazione.

Sia l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) sia l'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) sono istituti di diritto pubblico con una connotazione, anche patrimoniale, statale perché ci sono **interessi collettivi** che devono essere tutelati. E quindi ci sono delle regole particolari per cui alle imprese di assicurazione sociali **non** si applicano le **norme del Codice Civile** se non espressamente richiamate, hanno insomma una disciplina tutta particolare. La cosa importante da ricordare a proposito dell'obbligo di stipula è che anche nel il Codice delle assicurazioni c'è una obbligatorietà. Qui ci vuole la manifestazione di volontà del soggetto a stipulare l'assicurazione obbligatoria, a cui l'impresa assicurativa non può sottrarsi.

Prescrizione

Si dice che un diritto si prescrive significa che, decorso un certo periodo di tempo stabilito dalla legge, non può più essere fatto valere. Ad esempio in caso di incidente cioè di sinistro stradale il danneggiato perde il diritto al risarcimento del danno non se si attiva entro **2 anni** dall'evento. Cioè il mancato esercizio porta alla sua prescrizione. Nel caso di responsabilità civile extracontrattuale (o aquiliana) il diritto al risarcimento si prescrive in **5 anni**.

Il termine di prescrizione può essere interrotto attraverso manifestazione di voler esercitare il proprio diritto attraverso un **formale atto di interruzione** dei termini prescrizionali. Ad esempio nel caso di risarcimento per incidente automobilistico si può inviare una raccomandata con ricevuta di ritorno. E da quel giorno cominciano a decorrere altri due anni.

10/03/2016

Controllo sull'impresa di assicurazione

All'interno della società per azioni, della mutua e della cooperativa ci sono organi che vigilano sull'operato della società: abbiamo l'organo gestionale cioè l'organo che amministra e gestisce la società il quale è sorvegliato dall'organo di controllo. Tipicamente il primo coincide con il *Consiglio di amministrazione*, mentre il secondo con il **Collegio sindacale**, vi è poi un terzo soggetto che è il **Revisore legale** che controlla tutta la contabilità della società.

L'Isvap

Tuttavia -data l'importanza del soggetto giuridico- il legislatore ha stabilito che vi fosse anche un controllo pubblico, un soggetto autonomo ed indipendente che controlli queste società secondo le disposizioni di legge. In principio la funzione veniva espletata dal *Ministero dello sviluppo economico*. Nel 1982 venne istituito l'*Istituto di vigilanza sulle assicurazioni private* (Isvap) in qualità di un "controllo di vigilanza" con lo **scopo** di controllare se le imprese si attenevano alle disposizioni di legge. Ricordiamo qui che le assicurazioni sociali non vengono controllate dall'Isvap in quanto società a partecipazione pubblica, le quali sono controllate a monte. Il Codice delle assicurazioni riconosce all'Istituto di vigilanza delle assicurazioni private una **potestà regolamentare** cioè il potere di emanare regolamenti. Questa espressione ci costringe ad aprire una parentesi. Nel nostro sistema giuridico abbiamo delle fonti di legge: in primis la Costituzione e le leggi e poi i regolamenti, che per questa loro posizione sono dette fonte normativa secondaria. Questa graduazione rileva anche dal punto di vista della modificazione, cioè un regolamento non ha potere di modifica su una legge: dunque legge ordinaria modifica legge ordinaria, e regolamento modifica regolamento. All'Isvap è stato riconosciuto il potere di disciplinare in maniera specifica il settore assicurativo secondo le varie esigenze presenti nel mercato. Ad esempio prima che l'Isvap emani un regolamento apre la così detta **pubblica consultazione**, cioè la possibilità per chiunque di fare delle osservazioni alla bozza del regolamento. Scaduti i termini, le istanze proposte, se ritenute valide, vengono considerate ed inserite nel regolamento. Il fatto di attribuire questo potere all'Isvap è stato generalmente visto come un elemento molto positivo. Nel Codice delle assicurazioni, fin dalla sua pubblicazione e nascita nel 2005, compaiono i compiti ed il ruolo dell'Istituto di vigilanza. Fino al **2012**, data di estinzione dell'Isvap, questi ha operato in piena **autonomia ed indipendenza**, emanando vari **regolamenti** tra cui quello sulla **Responsabilità civile auto** e quello sulla **Procedura di indennizzo diretto**, finché non è stato accorpato alla struttura organizzativa della **Banca d'Italia** cambiando il nome in *Ivass*, mantenendo comunque intatte tutte le sue funzioni. A seguito di questo accorpamento, il direttore generale della Banca d'Italia è divenuto anche presidente dell'Ivass. Nella Banca d'Italia è presente un *Consiglio*, che è anche organo di gestione, ed anche un *Direttorio integrato*, che è l'organo che indirizza l'attività, di cui fa parte il *Governatore della Banca d'Italia*. Guardando l'organigramma della Banca d'Italia notiamo come ci sia un Direttore generale, tre vice-direttori generali e un Governatore.

Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea

Il Trattato di Roma del 1957, ossia quello costitutivo dell'Unione Europea detta C.E.E., enuncia alcuni principi fondamentali dell'Unione Europea. Tra cui quello di creare un mercato unico europeo in tutti i settori creando una normativa uguale in tutti i Paesi. Questi principi fondamentali presenti nel Trattato di Roma sono poi confluiti nel *Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea* (TFUE) attraverso alcune direttive europee.

Vediamo ora a chi è dato il controllo dell'autorità di vigilanza.

Sistema europeo di vigilanza finanziaria

Sistema europeo di vigilanza finanziaria o *Servizio di vigilanza sui mercati finanziari (SEVIF)* è stato istituito nel 2010 da regolamenti europei, questo sistema di vigilanza finanziario consta di un **Comitato europeo** a cui si affiancano le autorità europee di vigilanza dei vari settori come ad esempio l'*autorità bancaria europea* (A.B.E.), l'*autorità europea assicurativa e delle pensioni aziendali e professionali* (E.I.O.P.A.), e l'autorità che vigila sui mercati finanziari (E.S.M.A.).

Lo **scopo** del Sistema europeo di vigilanza finanziaria è quello di evitare situazioni di crisi che sconvolgano i mercati finanziari ed assicurativi unitamente al coordinamento dei vari sistemi di vigilanza attraverso lo scambio di informazioni.

Direttiva Solvency 2

Accenniamo ora alla direttiva 138 del 2009 che **stabilisce i principi fondamentali della vigilanza** non solo europea, ma anche quella delle singole nazioni. Essa è stata recepita dall'Italia col decreto legislativo numero 74 del 2015 che va a modificare alcuni articoli del Codice delle assicurazioni in merito all'autorità di vigilanza. La Direttiva Solvency 2 stabilisce se vi è o meno **adeguatezza nel Requisito di patrimonialità** che l'impresa deve possedere per legge. Specifica inoltre la funzione dell'**attuario come figura centrale** nella gestione dell'impresa di assicurazione. Fino a poco tempo fa l'attuario svolgeva solo il ruolo di *attuario incaricato* nel solo ramo vita, e solo dai primi anni dopo il 2000 ha il medesimo ruolo anche nella responsabilità civile auto. Questa mansione può essere espletata da membri interni della società oppure può essere esternalizzata affidandola a professionisti, purché iscritti all'albo degli attuari.

Oggi la disciplina assicurativa è oggetto di una rivisitazione completa (direttiva Solvency 2) allo scopo di rendere omogeneo cioè armonizzare la disciplina nei vari Stati, e rendere omogenea la disciplina nei mercati bancari ed assicurativo finanziario. Ad esempio esistono i prodotti assicurativi finanziari, tipo nei rami vita i prodotti di capitalizzazione che sostanzialmente sono prodotti finanziari.

Scopi perseguiti dall'Ivass

Vediamo ora le finalità dell'Ivass.

Art. 3, (Finalità della vigilanza): “Scopo principale della vigilanza è l'adeguata **protezione degli assicurati** e degli aventi diritto alle prestazioni assicurative. A tal fine l'Istituto di vigilanza per le assicurazioni private **persegue la sana e prudente gestione delle imprese** di assicurazione e riassicurazione, **nonché**, unitamente alla *Commissione nazionale per le società quotate in borsa* (CONSOB) secondo le rispettive competenze, persegue la loro **trasparenza e correttezza** delle imprese. Quindi le informazioni sui provvedimenti presi contro certe imprese sono messi obbligatoriamente a disposizione sul sito internet dell'Ivass. Altro obiettivo della vigilanza, ma subordinato al precedente, è la **stabilità del sistema e dei mercati finanziari**”.

Art. 3 bis, (Principi generali della vigilanza): “La vigilanza è **basata su un metodo prospettico fondato sul rischio** ed include la **verifica** continua del **corretto esercizio dell'attività** di assicurazione o di riassicurazione e dell'osservanza delle disposizioni di vigilanza da parte delle imprese di assicurazione o di riassicurazione. La vigilanza sulle imprese di assicurazione e di riassicurazione comprende un'opportuna combinazione di attività cartolari e ispezioni in loco. I requisiti stabiliti nel presente codice sono applicati in modo proporzionato alla natura, alla portata e alla complessità dei rischi inerenti all'attività di un'impresa di assicurazione o di riassicurazione. L'Ivass, nell'esercizio delle sue funzioni, tiene conto della convergenza degli strumenti di vigilanza e delle pratiche di vigilanza dell'Unione europea. Ai fini del comma 4 l'Ivass partecipa alle attività dell'Autorità europea sulle assicurazioni e pensioni (AEAP) e si conforma ai suoi orientamenti e raccomandazioni, fornendo adeguata motivazione ove ritenga di non conformarsi.”

Art. 5, (Autorità di vigilanza): “L'Ivass, nell'espletamento delle sue funzioni, prende in **considerazione il potenziale impatto delle sue decisioni** sulla **stabilità dei sistemi finanziari** dell'Unione europea, soprattutto in situazioni di emergenza, tenendo conto delle informazioni disponibili al momento, anche avvalendosi degli opportuni scambi di informazioni con l'AEAP (autorità europea delle assicurazioni e pensioni).”

Enti controllati dall'Ivass

Negli articoli seguenti vengono elencate le responsabilità del sistema di vigilanza e dello scambio di informazioni con gli altri membri dell'Unione europea. **Che cosa controlla l'Ivass?**

- Le **imprese di assicurazione e riassicurazione** italiane, cioè **con sede in Italia** -anche quelle imprese abusive, ed in questo caso l'Ivass impone alla società il suo scioglimento, e se la società è una società per azioni avviene tramite la nomina di un commissario liquidatore che liquida le attività della società e paga i creditori.

- Le **imprese** che svolgono attività assicurative **in Italia**, la cui casa madre è al di **fuori dell'Unione Europea**, altrimenti sarebbe compito dell'autorità del Paese di origine, è il *Home country control*. Esse sono quindi assimilabili – a livello di itinerario- alle imprese italiane che vogliono essere riconosciute.
- **Intermediari**: cioè chi distribuisce il prodotto assicurativo: agenti, broker,... che devono essere iscritti nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) tenuto dall'Ivass.
- L'impresa che opera fuori dai confini nazionali, ma nell'Unione europea sarà sempre sottoposto alla **vigilanza** delle autorità dello **Stato** comunitario **in cui** ha **sede legale** e amministrazione centrale (home country control).
- Infine -ma non vedremo questa parte- **il gruppo assicurativo**: cioè più società indipendenti ed autonome che sono collegate fra loro da interessi e partecipazioni azionarie. C'è una holding – al vertice della piramide- che imprime l'indirizzo e coordina l'attività svolta dal gruppo. L'Ivass **controlla** sia la **società che ha sede in Italia**, sia **il gruppo** per evitare il pregiudizio di una società del gruppo nei confronti delle altre. Per completezza aggiungiamo che il *conglomerato finanziario* è un gruppo di società di cui almeno una si occupa di attività finanziarie

Direttiva Home Country Control

La direttiva del *Home Country Control* tradotta vuol dire controllo del proprio Paese di origine. È un principio che sta alla base del processo di **libertà d'insediamento di attività** finanziarie **nell'ambito della Comunità europea**: esso afferma che qualunque soggetto che opera nel settore finanziario (banca, società assicurativa, intermediario finanziario etc.) può esercitare la sua attività in tutti i paesi comunitari, **senza** dover chiedere alcuna **autorizzazione allo Stato in cui intende operare**.

Nel rispetto di tale principio, il soggetto che opera fuori dai confini nazionali sarà sempre sottoposto alla **vigilanza** delle autorità dello **Stato** comunitario **in cui** ha **sede legale** e amministrazione centrale.

Facciamo un esempio, se l'azienda Generali che opera in Italia chiede all'Istituto di vigilanza (Ivass) di operare anche in Francia, l'Ivass avviserà l'analogo istituto di vigilanza in Francia e accetterà a condizione che non pregiudichi la sua attività in Italia. Se l'attività di Generali in Francia fosse pregiudizievole per una **sana e prudente gestione** dell'attività - tipo che ha poche riserve tecniche per quell'operazione- allora l'Ivass potrebbe impedirglielo. Perciò qualora l'azienda Generali iniziasse ad operare in Francia dovrebbe adeguarsi in tutti i requisiti, pena il non esercizio dell'attività assicurativa.

15/03/2016

Riepilogo delle autorità di vigilanza italiane

Oltre all'Ivass -inglobata in Banca d'Italia- sono presenti altre autorità di vigilanza: c'è la *Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB)* che ha un controllo anche sulle imprese di assicurazione se queste sono quotate in Borsa. Ma ci sono altre autorità che controllano le imprese tipo la *Concessionaria dei servizi assicurativi pubblici (CONSAP)* che è un ente di carattere pubblico; poi c'è la *Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP)*, infatti fra le varie mansioni delle assicurazioni c'è anche la gestione delle pensioni: esse garantiscono ai partecipanti al fondo una prestazione previdenziale. Al **Ministero dello sviluppo economico** rimangono anche alcuni poteri residuali quali la messa in liquidazione della società assieme al diritto di revoca dell'esercizio dell'attività assicurativa, eseguito su segnalazione dell'Ivass.

I poteri dell'Ivass

Lo **scopo** dell'autorità di vigilanza è **tutelare** adeguatamente gli **assicurati** e chi ha diritto alle prestazioni assicurative ad una **sana e prudente gestione dell'impresa assicurativa** ed inoltre guardare alla stabilità dei mercati finanziari. *Sana e prudente gestione* vuol dire gestire le imprese assicurative con competenza, professionalità, capacità e avvedutezza.

È **imposta** all'Ivass **trasparenza e responsabilità** la quale deve fornire obbligatoriamente sul sito alcuni provvedimenti presi e altre informazioni. Se non adempie a questi ruoli l'Ivass è responsabile di eventuali pregiudizi arrecati ai terzi per la mancata pubblicazione di informazioni.

“La vigilanza deve attuarsi in modo prospettico” proprio perché l'idea è di prevenire le situazioni critiche: *La vigilanza è basata su un metodo prospettico fondato sul rischio ed include la verifica continua del corretto esercizio dell'attività di assicurazione o di riassicurazione e dell'osservanza delle disposizioni di vigilanza da parte delle imprese di assicurazione o di riassicurazione.*

Rimane ferma la possibilità di esporre **reclamo all'Ivass** sia per le persone fisiche che giuridiche, il quale deve rispondere al soggetto o scrivere sul sito il provvedimento preso nei confronti dell'impresa verso cui si espone il reclamo. Naturalmente si può esporre reclamo anche se si crede di essere stati truffati dal broker assicurativo.

L'Ivass **condivide le informazioni con** gli **equivalenti organi** negli altri **Stati** dell'Unione europea, per contribuire al Sistema di vigilanza europeo.

In ciascuna azienda la nomina delle 'cariche' interne va comunicata all'Ivass: ad esempio "l'attuario incaricato è x, il revisore legale è y", e se per caso queste funzioni sono esternalizzate l'Ivass ha potere di controllo anche su questi enti.

Ha **poteri di natura autorizzativa, prescrittiva, accertativa e repressiva**. Può svolgere delle vere e proprie **istruttorie**. E può richiedere l'esibizione di documenti: se l'impresa non fornisce i documenti richiesti dall'Ivass, questa può sanzionarla monetariamente. L'Ivass possiede anche un **potere ispettivo**, cioè di recarsi in loco nella sede dell'impresa facendo un'ispezione completa. C'è poi il **potere di intervento**, infatti può convocare o sciogliere gli organi della società. Vediamo meglio questo potere di intervento.

In certi **casi critici** l'Ivass attua la *nomina del commissario ad acta* oppure la *procedura di amministrazione straordinaria*. In presenza di rilevanti irregolarità nella gestione, ovvero di gravi violazioni delle disposizioni legislative, amministrative o statutarie sull'attività assicurativa, oppure se vi è il rischio di ingenti perdite patrimoniali, l'Ivass può nominare -se ricorrono motivi di particolare urgenza- uno più commissari per la gestione provvisoria.

1. **nomina del commissario ad acta**: egli è un funzionario pubblico e viene nominato dal giudice amministrativo col fine di emanare i provvedimenti che avrebbe dovuto emettere l'Amministrazione inadempiente. Solitamente viene scelto fra i dipendenti di un'amministrazione che esercita potere di vigilanza. Se sono state violate ripetutamente varie norme, l'autorità di vigilanza, dopo aver fatto alcuni richiami che però sono stati ignorati- può **sciogliere gli organi consiliari** e **nominare dei commissari**, persone con veri e propri poteri di amministrazione dell'impresa cercando di riportare la situazione entro la legalità. Il commissario ad acta opera per un periodo massimo di 6 mesi, trascorsi i quali se la situazione non rientra nella legalità, l'impresa viene sottoposta alla procedura liquidazione coatta amministrativa.
2. **procedura di amministrazione straordinaria**: è il caso in cui la società entra in una situazione di criticità peggiore della precedente, se la situazione si reitera e si è al di sotto del requisito patrimoniale di solvibilità, l'Ivass -previa diffida a mettersi in regola- può prevedere una gestione provvisoria della società richiedendo al Ministero dello sviluppo economico l'avvio della *procedura di amministrazione straordinaria* e a nomina di

commissari straordinari. Se il capitale sociale è al di sopra del Requisito patrimoniale di solvibilità i commissari dovranno far votare ai soci un piano di risanamento, se invece è al di sotto del requisito patrimoniale faranno votare un piano di finanziamento che prevede la ricapitalizzazione della società tramite mutui o conferimenti dei soci. Se ciò non dovesse avvenire anche in questo caso l'impresa verrebbe sottoposta alla procedura di liquidazione coatta amministrativa.

Lo scopo di queste procedure è evitare la liquidazione coatta amministrativa.

(capitolo a parte) Operazioni straordinarie per l'impresa assicurativa

Le *Operazioni straordinarie* per l'impresa assicurativa sono le seguenti: aumento del capitale sociale, la riduzione del capitale sociale, la scissione della società e la fusione della società con altre imprese. Tali operazioni devono essere comunicate all'autorità di vigilanza.

Ci sono delle operazioni che vanno ad incidere profondamente sul Capitale sociale. Queste hanno bisogno della approvazione dell'assemblea straordinaria dei soci.

Condizioni per l'accesso e condizioni per l'esercizio della attività assicurativa

Il discorso vale per le imprese con sede legale in Italia.

L'esercizio dell'attività assicurativa è subordinato all'approvazione dell'Ivass e che viene rilasciata per uno o più rami vita, oppure per uno o più rami danni.

Le condizioni di accesso (Ivass)

Per ottenere l'autorizzazione dell'Ivass all'esercizio dell'attività assicurativa l'impresa deve:

- a) essere costituita in una delle 4 forme previste (s.p.a., società cooperativa, società di mutua assicurazione, società europea).
- b) fissare in Italia la direzione generale e amministrativa.
- c) possedere un capitale sociale stabilito dall'Ivass, costituito da conferimenti in denaro, che deve essere **interamente** versato. È il *Requisito patrimoniale minimo* (RPM) Invece che per la nascita delle società per azioni che non esercitano l'attività assicurativa è sufficiente un versamento del 25% del capitale sociale.
 - **RPM**: per legge il capitale sociale deve essere di 25000000€ per le società che intendono esercitare nei rami vita e 37000000€ per il settore responsabilità civile *auto*; mentre per far nascere una società per azioni non assicurativa bastano 50000€.
 - **RPS**: è il capitale necessario per garantire che una compagnia di assicurazione sia in grado di soddisfare tutti i suoi obblighi nel corso dei successivi 12 mesi, con una probabilità di almeno il 99,5%.
- Per dimostrare il versamento la società deposita presso una banca l'importo corrispondente ottenendo un documento da cui risulta il versamento effettuato.
- d) allegare alla richiesta di autorizzazione:
 - ✓ **atto costitutivo + statuto.**
 - ✓ **programma di attività**, che indica con quali mezzi, criteri e previsioni l'impresa intende esercitare l'attività assicurativa. Riporta una relazione su ciò che realisticamente l'impresa intende compiere. Facciamo un esempio: "l'impresa intende esercitare l'attività assicurativa ramo danni responsabilità civile ordinaria, intende concludere contratti pari a x ed accantonare riserve per €y."
 - ✓ **relazione tecnica** indicante i criteri con cui è stato redatto il programma di attività. È redatta e sottoscritta da un attuario e che indica gli elementi patrimoniali che la società conta di poter disporre per organizzare l'esercizio dell'attività assicurativa. Ad esempio le *spese di agenzia*, le *spese per la sede della società* e così via- incluso naturalmente il far fronte alle obbligazioni della società.

- ✓ Eventuale indicazione del nome ed indirizzo mandatario per liquidazione sinistri rami danni.

➔ Sarà il presidente dell'Ivass a rilasciare o meno l'autorizzazione all'esercizio dell'attività. Se respinge la richiesta va motivata. L'unico motivo per cui potrebbe rifiutare la domanda è rilevare che nel programma delle attività e nella relazione tecnica non vi siano i presupposti di una "sana e prudente gestione". Il termine per emettere il provvedimento (accettare la domanda) o per il diniego dell'autorizzazione (rifiutare la domanda) è di **90 giorni** - esso è sospeso se l'Ivass richiede ulteriore documentazione.

Questa stessa procedura viene seguita anche se un'impresa assicurativa è già esercitante in un ramo assicurativo, e vuole operare in un altro ramo assicurativo, con la solito limite dicotomico fra vita e danni.

Condizioni per l'esercizio dell'attività assicurativa

Si riferisce alle imprese che hanno già avuto l'autorizzazione dall'Ivass.

Scopo: solvibilità delle imprese, trasparenza nella gestione per Ivass

- a) sistema di governo societario tale che vi sia una sana e prudente gestione
- b) soggetti che sono dirigenti ed amministratori devono avere i requisiti di professionalità, onorabilità ed indipendenza
- c) vanno istituite le seguenti funzioni:
 - Istituzione sistema di gestione dei rischi (**Risk management**): funzione di individuare, misurare, monitorare e gestire i rischi cui è sottoposta l'impresa. Considera tutti i rischi, anche quelli inclusi nel RPS. Quindi sia i rischi presenti nei vari portafogli ma soprattutto i rischi riguardanti tutta la attività dell'impresa di assicurazione. Ad esempio per la società è un rischio il venire sottoposta ad una sanzione amministrativa perché c'è un danno per lei (immagine e soldi). Questa funzione assolve il compito di vigilare e quindi prevenire questo tipo di rischi.
 - Istituzione **sistema di controllo interno**: il sistema di controllo interno prevede procedure atte a far sì che i sistemi di monitoraggio dei rischi siano correttamente integrati nell'organizzazione aziendale e che siano prese tutte le misure necessarie a garantire la coerenza dei sistemi posti in essere al fine di consentire la quantificazione e il controllo dei rischi.
 - **Funzione di revisione interna**: abbreviato in I.A., tende a massimizzare l'efficacia organizzativa, impostare un efficace sistema di controllo contro le truffe, garantire un resoconto finanziario. Questa funzione può essere esternalizzata.
 - **Funzione attuariale**: coordina, gestisce e controlla le riserve tecniche, collabora alla gestione dei rischi contribuendo ad applicare in modo efficace il sistema di gestione dei rischi, inoltre aiuta la modellizzazione dei rischi necessari alla determinazione del *Solvency Capital Requirement, Minimum Capital Requirement* e delle valutazioni tipo *Own Risk and Solvency Assessment* (ORSA). Questa funzione può essere esternalizzata.
 - **Funzione compliance** che controlla il rispetto delle leggi da parte di tutti gli organi e funzioni societarie. Questa funzione può essere esternalizzata.

Per legge la struttura societaria deve avere obbligatoriamente un organo che gestisce e amministra la società. Abbiamo visto che nel sistema tradizionale è il Consiglio di amministrazione, nel sistema dualistico è il Consiglio di gestione e nel sistema monistico è ancora il Consiglio di amministrazione. Deve essere sempre presente un organo che controlla l'organo di gestione che è il Collegio sindacale nel sistema tradizionale, consiglio di sorveglianza nel sistema dualistico, e Comitato di controllo sulla gestione nel sistema monistico. Quindi la loro presenza figura nell'atto costitutivo. Se l'impresa intende esercitare l'attività assicurativa deve svolgere ulteriori funzioni previste dal Codice delle assicurazioni.

La Funzione attuariale

Con riferimento alle Società per azioni possiamo dire che per le regole relative alla gestione alla amministrazione il controllo sull'amministrazione alle regole trovate in tema di bilancio c'è una disciplina molto precisa nel Codice Civile. E' questo diventa fondamentale poi anche per l' **attuario** che deve valutare la consistenza patrimoniale dell'impresa e certificare se la consistenza patrimoniale è adeguata alla assunzione dei rischi. In caso una buona gestione aziendale si hanno degli utili che possono essere ritenuti in azienda costituendo le così dette riserve. Ci sono accantonamenti a riserva obbligatori per legge come la riserva legale ma poi ci sono le riserve volontarie che vanno assolutamente tenute ben distinte dalle **riserve tecniche**. Le riserve tecniche infatti sono accantonamenti di premi, e non di utili, degli assicurati.

Prima di Solvency 2 l'attuario incaricato aveva un coinvolgimento nel monitoraggio della solvibilità dell'impresa e nella redazione del bilancio, dopo la direttiva – all' **Articolo 30-sexies** (*Funzione attuariale*) del Codice delle assicurazioni aggiornato al 15/06/2015 da un decreto legge stabilisce che:

L'impresa istituisce una efficace funzione attuariale. La funzione attuariale:

- a) coordina il calcolo delle riserve tecniche;*
- b) garantisce l'adequatezza delle metodologie e dei modelli sottostanti utilizzati, nonché delle ipotesi su cui si basa il calcolo delle riserve tecniche;*
- c) valuta la sufficienza e la qualità dei dati utilizzati nel calcolo delle riserve tecniche;*
- d) confronta le migliori stime con i dati desunti dall'esperienza;*
- e) informa il consiglio di amministrazione sull'affidabilità e sull'adequatezza del calcolo delle riserve tecniche;*
- f) supervisiona il calcolo delle riserve tecniche nei casi di cui all'articolo 36 -duodecies;*
- g) formula un parere sulla politica di sottoscrizione globale;*
- h) formula un parere sull'adequatezza degli accordi di riassicurazione;*
- i) contribuisce ad applicare in modo efficace il sistema di gestione dei rischi di cui all'articolo 30 -bis, in particolare con riferimento alla modellizzazione dei rischi sottesa al calcolo dei requisiti patrimoniali di cui al Titolo III, Capo IV -bis, e alla valutazione interna del rischio e della solvibilità di cui all'articolo 30 -ter. 2.*

La **funzione attuariale** è esercitata da un attuario iscritto nell'albo professionale di cui alla legge 9 febbraio 1942, n. 194, ovvero da soggetti che dispongono di:

- a) conoscenze di matematica attuariale e finanziaria, adeguate alla natura, alla portata e alla complessità dei rischi inerenti all'attività dell'impresa;*
- b) comprovata esperienza professionale nelle materie rilevanti ai fini dell'espletamento dell'incarico.*

Articolo 30-septies, (Esterneizzazione)

L'impresa che esternalizza funzioni o attività relative all'attività assicurativa o riassicurativa conserva la piena responsabilità dell'osservanza degli obblighi ad essa imposti da norme legislative, regolamentari e dalle disposizioni dell'Unione europea direttamente applicabili [...].

Non devo sapere a memoria il pezzo, è per essere a conoscenza degli sviluppi del futuro lavoro da attuario.

Costituzione di una società:

La seguente sequenza di passaggi vale per le imprese italiane, per le imprese che hanno sede principale in Italia, e per quelle con sede esterna all'Unione europea.

La fase di costituzione si conclude con l'iscrizione nel Registro delle imprese

- scelta di uno dei 3 modelli societari visti.
- statuto della società.
- domanda di autorizzazione assieme all'*atto costitutivo* della società, cioè il documento che manifesta la volontà dei soci di costituire la società, e lo *statuto della società*, vengono depositati presso Ivass il quale valuta la domanda.
- attendere autorizzazione dell'Ivass.
- versamento capitale sociale + dimostrazione a notaio versamento quota sufficiente del capitale sociale.
- notaio deposita atto costitutivo nel Registro delle pubbliche imprese tenuto presso la camera di commercio.
- camera di commercio provvederà all'iscrizione della società.
- la società assicurativa comincia ad esistere.

Ovviamente le imprese devono dimostrare di avere tutti i requisiti di legge. Va richiesta l'**autorizzazione** per l'esercizio dell'attività assicurativa **per ciascun ramo**: incendio, responsabilità civile, responsabilità civile auto. Facciamo inoltre notare che serve un'autorizzazione per ognuno di essi. L'unica **deroga** che una società ha di esercitare l'attività sia nei rami vita che nei rami danni, a parte le società nate prima del **1979**, è costituita dall'esercizio dell'assicurazione **vita, assieme** al ramo **danni alla persona**, cioè quell'assicurazione che ha ad oggetto l'infortunio o la malattia dell'assicurato. Ciò perché l'assicurazione danni alla persona ha caratteristiche molto simili all'assicurazione vita, e per questo è ammesso l'esercizio- su esplicito provvedimento di autorizzazione. In quest'ultimo caso la gestione di questi due rami deve essere separata.

Efficacia dell'autorizzazione ad esercitare

L'**autorizzazione** all'esercizio è **efficace** in modo perpetuo, a meno di:

- rinuncia dell'interessato (parziale o totale).
- cessi l'attività per 6 mesi almeno.
- trasferisce tutto il suo portafoglio.
- non dà inizio all'esercizio dell'attività entro i primi dodici mesi.
- si verifica una causa di scioglimento della società.

Revoca dell'autorizzazione ad esercitare

La **revoca** è una misura sanzionatoria disposta da Ministero dello sviluppo economico su proposta Ivass ed è disposta se l'impresa:

- non rispetta le condizioni di esercizio stabilite
- non soddisfa più le condizioni di accesso
- si rende gravemente inadempiente alle disposizioni del Cda
- non ha realizzato entro i termini stabiliti le misure previste dal piano di risanamento
- dichiarata insolvente
- posta in liquidazione coatta amministrativa

- autorizzata all'esercizio dell'assicurazione r.c.a., rifiuti ingiustificatamente e reiteratamente

22/03/2016

Rigetto della richiesta di autorizzazione all'Ivass

L'impresa può ricorrere avverso questo provvedimento. Lo fa ricorrendo ad un organo giurisdizionale deputato a giudicare sui provvedimenti emessi da una pubblica amministrazione quale è il **Tribunale amministrativo regionale (TAR) del Lazio**. Del Lazio poiché la sede Ivass è a Roma. Vi sono dei termini di legge da essere rispettati, pena l'impossibilità di agire per tale via.

1. Decadenza del provvedimento di autorizzazione

Una volta ottenuto il provvedimento di autorizzazione, l'impresa può decadere dal provvedimento se entro un 1 anno da quando è stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale l'impresa non **comincia ad esercitare** l'attività assicurativa.

Un altro caso in cui l'impresa decade dal provvedimento è la **sospensione del servizio** dell'attività assicurativa per 6 mesi.

E' possibile anche **rinunciare** al provvedimento di autorizzazione.

Il provvedimento decade anche se si **trasferisce** tutto il **portafoglio** di contratti di un certo ramo assicurativo.

In questi casi se si vuole ricominciare ad esercitare l'attività, si deve ripresentare la domanda.

È **anche** possibile che si **decada** dal provvedimento solo **parzialmente**. Si è ottenuto il provvedimento per vari rami ma non si esercita l'attività in uno o più di questi. Si ha così la decadenza parziale, cioè solo per quello specifico ramo danni.

2. Revoca del provvedimento di autorizzazione

Ci sono delle ipotesi in cui l'autorizzazione è revocata, la natura della revoca è un **provvedimento sanzionatorio** per l'impresa.

Se l'impresa **viola le norme sulle riserve tecniche** -dopo i solleciti dell'Ivass a mettersi in regola- e magari dopo la nomina del commissario ad acta o la nomina dei commissari straordinari senza che al termine della procedura si sia riportata la situazione alla normalità, viene revocato il provvedimento dal Ministero dello sviluppo economico su richiesta dell'Ivass.

Oppure se vengono **violate le norme in materia del risarcimento danni o altre norme** contenute nel Codice delle assicurazioni o Regolamenti Ivass, anche qui può avvenire la revoca del provvedimento.

Se scatta la revoca per l'impresa questa **automaticamente** sarà sottoposta alla **procedura di liquidazione coatta amministrativa**: i contratti dovranno essere trasferiti ad altre imprese.

La revoca del provvedimento invece è **solo totale**, perché la violazione di queste norme è più grave.

Se l'impresa continua ad esercitare anche dopo che ha ricevuto la revoca i contratti eventualmente conclusi con l'impresa sono nulli, ma questa nullità può essere fatta valere solo dall'assicurato, non dall'impresa di assicurazione.

Se l'impresa non si sta comportando correttamente

L'Ivass predispone un vincolo sui beni dell'impresa di assicurazione. Se L'autorità di vigilanza si accorge che l'assicuratore si sta comportando non correttamente, gli può imporre il **divieto di concludere nuovi contratti** e gli può imporre il **divieto di rinnovare** i contratti di assicurazione in corso. Inoltre -qualora l'Ivass rilevi che ci può essere un pregiudizio per gli assicurati- può impedire che i beni a disposizione dell'impresa vengano trasferiti. **Se** l'impresa **non si adegua** a queste disposizioni, scatta la **revoca dell'autorizzazione** e dunque essa non può più operare.

Patrimonio e Capitale Sociale nelle S.p.a.

Il **patrimonio** della società è tutto ciò che appartiene alla società e che è suscettibile di valutazione economica, mentre il **capitale sociale** è un'entità numerica fissa. Al momento della nascita della società il capitale ed il patrimonio coincidono, poi dipende: se la società produce utili può accantonarli a riserva, allora il patrimonio aumenta ma il capitale sociale resta fisso. Se invece la società ha delle perdite il patrimonio diminuisce, ma il capitale sociale rimane l'entità numerica stabilita, almeno fino a un certo livello di perdita. Se si vuole adeguare il capitale al patrimonio si effettua una modifica dell'atto costitutivo stabilendo che il capitale sociale non è più x , ma $x-k$, oppure si può effettuare una riduzione adeguata del capitale sociale. Se il capitale sociale è già ridotto al minimo legale e si dovesse ridurre ancora, si è in una situazione di pregiudizio per gli assicurati e quindi si dovrà intervenire diversamente.

Premio e Riserve tecniche nelle S.p.a assicurative

Il **premio** è dato dal premio puro e dalle spese di caricamento. L'accantonamento di premi va a costituire le riserve, che vanno investite in attività a copertura delle **riserve tecniche** secondo il regolamento Ivass ad esempio investimenti in beni immobili o mobili -strumenti finanziari- oppure investimento in fondi. L'attuario dovrà certificare che l'accantonamento delle riserve è adeguato e rispetta i requisiti di legge. È obbligatorio per tutte le imprese assicurative annotare su appositi registri le attività a copertura delle riserve, tenute nella sede della società e pronti per essere messi a disposizione dell'autorità di vigilanza. Le attività a copertura delle riserve tecniche costituiscono un **patrimonio separato** -cioè un patrimonio autonomo- rispetto al patrimonio della società. Le attività a copertura delle riserve tecniche formano un patrimonio della società, che però va tenuto staccato dal restante patrimonio della società detto **patrimonio societario libero**. Il motivo è che su questo patrimonio distinto possono **rivalersi** solo coloro che hanno dato modo di accantonare le riserve, cioè dagli **assicurati** che non sono stati ancora risarciti, e non altri creditori. Ad esempio se ho il credito verso x , posso agire (o eseguire cioè espropriare) sui suoi beni, cioè si pignorano macchina e mobilio o in caso di immobili vi si iscrive un'ipoteca. Se il debitore è invece nullatenente ma x ha un credito a sua volta, ci si rivaie sull'ultimo debitore effettuando un **pignoramento verso terzi**. Tornando alle assicurazioni, se vi sono dei creditori resi tali non in virtù di un contratto di assicurazione -ma ad esempio di un contratto di locazione cioè di affitto- tali creditori non potranno rivalersi sulle attività a copertura delle riserve tecniche, poiché il **patrimonio autonomo separato** è destinato a soddisfare gli assicurati di quello specifico ramo, cioè chi ha versato i premi costituenti tali riserve.

Le riserve tecniche

Vediamo quali sono le riserve tecniche del ramo vita:

- Riserva matematica
- Riserva per spese future: riserva calcolata in base alle spese amministrative (ad esempio di provvigione)
- Riserva per somme da pagare
- Riserve aggiuntive: riserve con lo scopo di aggiustare un eventuale errore di calcolo (ad esempio riserva aggiuntiva per rischio demografico)
- Riserve per assicurazioni complementari contro gli infortuni o sulle malattie
- Riserve per partecipazioni agli utili e ristorni
- Riserve costituite per coprire gli impegni derivanti dalla gestione di fondi pensione

Vediamo quali sono le riserve tecniche del ramo danni: (art. 37 Codice delle assicurazione)

- Riserve premi: fa fronte agli impegni futuri dell'impresa
- Riserve sinistri
- Riserva per frazioni di premi: poiché i premi sono annuali, la parte del premio non di competenze dell'esercizio va scomputata la copertura del esercizio futuro

- Riserva per rischi in corso
- Riserva di senescenza
- Riserva per i sinistri denunciati tardivamente
- Riserva per partecipazione agli utili e ai ristorni
- Riserve di perequazione: riguarda eventi non previsti, quindi adegua altre riserve
- Riserva per rischi in corso: riguarda i sinistri già denunciati

Ogni riserva ha dei calcoli diversi rispetto alle altre, lo farò io un domani.

Le attività a copertura delle riserve tecniche devono essere dislocate nel Paese dove si va ad esercitare l'attività assicurativa. L'impresa italiana deve costituire in Francia le proprie riserve tecniche per l'attività assicurativa in Francia, senza che vi sia pregiudizio per gli assicurati italiani e senza che possano considerare degli elementi patrimoniali che invece fanno parte delle attività a copertura delle riserve tecniche del portafoglio italiano.

Art. 36. del Capo II del Codice delle assicurazioni (abrogato)

Leggiamo brevemente l'Art. 36. del Capo II del Codice delle assicurazioni intitolato: **RISERVE TECNICHE DEI RAMI VITA E DANNI**

1. L'impresa che esercita i rami vita ha l'obbligo di costituire, per i contratti del portafoglio italiano, riserve tecniche, ivi comprese le riserve matematiche, sufficienti a garantire le obbligazioni assunte e le spese future. Le riserve sono costituite, al lordo delle cessioni in riassicurazione, nel rispetto dei principi attuariali e delle regole applicative individuate dall'ISVAP con regolamento.

2. La valutazione sulla sufficienza delle riserve tecniche spetta all'attuario incaricato, che esercita la funzione di controllo in via permanente, per consentire all'impresa di effettuare, con tempestività, gli interventi necessari. A tal fine l'attuario incaricato ha l'obbligo di informare prontamente l'organo con funzioni di amministrazione e l'organo che svolge funzioni di controllo dell'impresa qualora rilevi l'esistenza di possibili condizioni che gli impedirebbero, a quel momento, di formulare un giudizio di piena sufficienza delle riserve tecniche in base ai principi da rispettare per la redazione della relazione tecnica di cui all'articolo 32, comma 3. L'impresa, se non è in grado di rimuovere le cause del rilievo o se non condivide il rilievo stesso, ne dà pronta comunicazione all'ISVAP.

3. L'impresa che esercita i rami vita costituisce alla fine di ogni esercizio un'apposita riserva tecnica pari all'ammontare complessivo delle somme che risultino necessarie per far fronte al pagamento dei capitali e delle rendite maturati, dei riscatti e dei sinistri da pagare.

4. La riserva per la partecipazione agli utili e ai ristorni comprende gli importi da attribuire agli assicurati o ai beneficiari dei contratti a titolo di partecipazione agli utili tecnici e di ristorni, purché tali importi non siano stati attribuiti agli assicurati o non siano già stati considerati nelle riserve matematiche.

5. Per la costituzione delle riserve tecniche delle assicurazioni complementari, previste nell'articolo 2, comma 2, sono osservate le disposizioni relative alle riserve tecniche dei rami danni.

6. Le riserve a carico dei riassicuratori comprendono gli importi di loro competenza e sono determinate conformemente agli accordi contrattuali di riassicurazione, in base agli importi lordi delle riserve tecniche.

7. L'impresa che esercita i rami vita presenta all'ISVAP il confronto tra le basi tecniche, diverse dal tasso di interesse, impiegate nel calcolo delle riserve tecniche ed i risultati dell'esperienza diretta.

Art. 37. del Capo II del Codice delle assicurazioni (abrogato)

Riserve tecniche dei rami danni

1. L'impresa che esercita i rami danni ha l'obbligo di costituire, per i contratti del portafoglio italiano, riserve tecniche che siano sempre sufficienti a far fronte, per quanto ragionevolmente prevedibile, agli impegni derivanti dai contratti di assicurazione. Le riserve sono costituite, al lordo delle cessioni in riassicurazione, nel rispetto delle disposizioni e dei metodi di valutazione stabiliti dall'ISVAP con regolamento.

2. Nei confronti dell'impresa che esercita l'attività nei rami relativi all'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile dei veicoli e dei natanti la valutazione sulla sufficienza delle riserve tecniche spetta all'attuario incaricato, che esercita la funzione di controllo in via permanente, per consentire all'impresa di effettuare, con tempestività, gli interventi necessari. A tale fine l'attuario incaricato ha l'obbligo di informare prontamente l'organo con funzioni di amministrazione e l'organo che svolge funzioni di controllo dell'impresa qualora rilevi l'esistenza di possibili condizioni che gli impedirebbero, a quel momento, di formulare un giudizio di piena sufficienza delle riserve tecniche in base ai principi da rispettare per la redazione dell'apposita relazione tecnica. L'impresa, se non è in grado di rimuovere le cause del rilievo o se non condivide il rilievo stesso, ne dà pronta comunicazione all'ISVAP.

3. L'impresa che esercita i rami danni costituisce alla fine di ogni esercizio la riserva premi, la riserva sinistri, la riserva per sinistri avvenuti ma non ancora denunciati alla chiusura dell'esercizio, le riserve di perequazione, la riserva di senescenza e le riserve per partecipazione agli utili e ai ristorni.

4. La **riserva premi** comprende sia la riserva per frazioni di premi sia la riserva per rischi in corso. L'impresa che esercita le assicurazioni delle cauzioni, della grandine e delle altre calamità naturali e quelle dei danni derivanti dall'energia nucleare integra per tali assicurazioni, in relazione alla natura particolare dei rischi, la riserva per frazioni di premi.

5. La **riserva sinistri** comprende l'ammontare complessivo delle somme che, da una prudente valutazione effettuata in base ad elementi obiettivi, risultino necessarie per far fronte al pagamento dei sinistri avvenuti nell'esercizio stesso o in quelli precedenti, e non ancora pagati, nonché alle relative spese di liquidazione. La riserva sinistri è valutata in misura pari al costo ultimo, per tener conto di tutti i futuri oneri prevedibili, sulla base di dati storici e prospettici affidabili e comunque delle caratteristiche specifiche dell'impresa.

6. La **riserva per i sinistri avvenuti, ma non ancora denunciati** alla data di chiusura dell'esercizio, è valutata tenendo conto della natura dei rischi a cui si riferisce ai fini dei relativi metodi di valutazione.

7. Le **riserve di perequazione** comprendono tutte le somme accantonate, conformemente alle disposizioni di legge, allo scopo di perequare le fluttuazioni del tasso dei sinistri negli anni futuri o di coprire rischi particolari. L'impresa autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa nel ramo credito costituisce una riserva di perequazione, destinata a coprire l'eventuale saldo tecnico negativo conservato del ramo credito alla fine di ciascun esercizio. L'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nei rami danni, salvo che nel ramo credito e cauzioni, costituisce una riserva di perequazione per rischi di calamità naturali, diretta a compensare nel tempo l'andamento della sinistralità. Le condizioni e le modalità per la costituzione della riserva di perequazione per rischi di calamità naturale e per i danni derivanti dall'energia nucleare sono fissate con decreto del Ministro delle attività produttive, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito l'ISVAP.

8. Per i contratti di assicurazione contro le malattie, che hanno durata poliennale o che, pur avendo durata annuale, prevedono l'obbligo di rinnovo alla scadenza, l'impresa costituisce una **riserva di**

senescenza destinata a compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assicurati, qualora i premi siano determinati, per l'intera durata della garanzia, con riferimento all'età degli assicurati al momento della stipulazione del contratto. Per tali contratti l'impresa può esercitare il diritto di recesso, a seguito di sinistro, solo entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto. Per i contratti di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza l'impresa costituisce una apposita riserva secondo appropriati criteri attuariali che tengono conto dell'andamento del rischio per l'intera durata della garanzia.

9. La **riserva per partecipazione agli utili e ai ristorni** comprende gli importi da attribuire agli assicurati o ai beneficiari dei contratti a titolo di partecipazione agli utili tecnici e ai ristorni, purché tali importi non siano stati attribuiti agli assicurati.

10. L'impresa autorizzata all'esercizio congiunto dell'attività, nei rami vita e nei rami infortuni e malattia, si conforma alle specifiche disposizioni applicabili.

11. Le **riserve a carico dei riassicuratori** comprendono gli importi di loro competenza e sono determinate conformemente agli accordi contrattuali di riassicurazione, in base agli importi lordi delle riserve tecniche. La riserva premi relativa agli importi di riassicurazione è calcolata in base ai metodi di cui al comma 4, coerentemente alla scelta operata dall'impresa per il calcolo della riserva premi lorda.

Infine facciamo presente che se l'impresa di assicurazione vuole diventare anche impresa di riassicurazione deve costituire delle imprese ad hoc. È importante.

24/03/2016

Margine di solvibilità → Requisito patrimoniale minimo e Requisito patrimoniale di solvibilità

Oggi dopo il decreto legislativo che ha recepito la direttiva Solvency 2 non parliamo più di Margine di solvibilità o di quota di garanzia, ma di **Requisito patrimoniale minimo** -dato dal capitale della società- e **Requisito patrimoniale di solvibilità**, requisito patrimoniale indicante un valore tale che se si scende al di sotto di quella soglia si è in situazione di criticità, andranno dunque presi dei provvedimenti.

Non si parla più di margine di solvibilità o di quota di garanzia, ma si parla del **Requisito patrimoniale di solvibilità** che è il capitale necessario per garantire che una compagnia di assicurazione sia in grado di soddisfare tutti i suoi obblighi nel corso dei successivi 12 mesi, con una probabilità di almeno il 99,5%.. Abbiamo anche il **Requisito patrimoniale minimo** che è stabilito dal decreto legislativo in recepimento alla direttiva europea, che varia a seconda del ramo assicurativo in cui si opera. Si parte da €2500000 per le imprese danni per poi arrivare a cifre ancora più consistenti se l'esercizio assicurativo è quello della responsabilità civile auto.

Ci devono essere delle **gestioni separate** perché le attività a copertura delle **riserve** tecniche sono dei patrimoni autonomi e separati rispetto al patrimonio della società. Questi patrimoni sono destinati solo ed esclusivamente a far fronte alle obbligazioni della società nei confronti degli assicurati con polizze dello stesso ramo per il quale si erano formate le riserve.

Ricordo che dal marzo del 1979 non è più possibile per una società assicurativa operare nei rami vita e danni contemporaneamente. Se l'impresa esercita ramo vita e ramo danni le attività a copertura delle riserve vanno certamente gestite separatamente ma anche contabilmente. L'unica deroga che si può attuare è quella è l'impresa che esercita i rami vita e danni alla persona.

I **piani di risanamento** (o piano di finanziamento) sono dei piani adottati e perseguiti in ogni aspetto dall'impresa quando un capitale dell'impresa è **al di sotto dei requisiti minimi di**

patrimonialità cioè del requisito patrimoniale minimo o del requisito patrimoniale di solvibilità. E' una situazione di cui si accorge l'autorità di vigilanza, che solleciterà l'impresa a mettersi in regola. Se il piano di risanamento non viene adottato l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni chiede al Ministero dello sviluppo economico la revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività; e dunque il ministro dello sviluppo economico provvede all'apertura della procedura di liquidazione coatta amministrativa. La **liquidazione coatta amministrativa** è una procedura che si applica alle imprese insolventi che devono presentare determinate caratteristiche come ad esempio rappresentare interessi collettivi, e questo è il caso delle banche ed assicurazioni. Trovo questa procedura nella legge fallimentare. Per esempio potrebbe capitare che l'impresa non abbia ricevuto l'autorizzazione e nonostante ciò eserciti l'attività assicurativa, se l'autorità di vigilanza si accorge di questa situazione si apre la procedura di liquidazione coatta amministrativa perché questa procedura prevede la nomina di determinati organi che hanno un controllo su come il patrimonio della società viene ad essere liquidato e su come vengono ad essere pagati i creditori. Questa procedura può essere una **procedura concorsuale**, procedura che viene adottata a fronte dell'accertamento dello stato di insolvenza nelle imprese di assicurazione ed in tutti i casi in cui venga revocata l'autorizzazione.

Regole di esercizio per imprese italiane in Paesi dell'Unione Europea

Abbiamo già visto che vale il principio del **Home country control** cioè è l'autorità il Paese di origine che vigila sulle imprese assicurative. Il principio si applica alle imprese che hanno la sede in un Paese dell'Unione Europea. Ad esempio è l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che vigila sull'impresa assicurativa che opera in Francia. Naturalmente c'è un continuo collegamento tra le varie autorità di vigilanza dei Paesi europei.

È importante che già il così detto **Trattato di Roma**, divenuto poi trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (**TFUE**), conservando gli articoli che ora analizziamo, conteneva la disciplina della libera circolazione da parte dei cittadini europei; i quali hanno il **diritto di libertà di stabilimento** e il **diritto di libera prestazione di servizi**. Questi diritti valgono per tutte le attività commerciali non solo per le assicurazioni. In entrambi i casi è riconosciuta la possibilità che un cittadino europeo eserciti la propria attività -che già esercitava regolarmente nel Paese d'origine- al di fuori del suo Paese. Nel caso dell'impresa assicurativa ciò corrisponde allo stesso ramo assicurativo. Vediamo le differenze tra i due:

- il diritto di **libertà di stabilimento** permette di **aprire una sede secondaria** in un altro Paese dell'**Unione Europea** per esercitare la propria attività. Se ad esempio un'impresa italiana volesse aprire una sede in altro paese dell'Unione Europea, allora l'impresa dovrà comunicare all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che intende farlo, indicando la sede nuova, allegare la documentazione sulla cui base ritiene di far fronte agli impegni che si assumerà in quel determinato Stato, indicare il rappresentante dell'impresa. L'**Istituto per la vigilanza** sulle assicurazioni (Ivass) **vaglierà** tutta la documentazione. Solo in un caso potrebbe impedire l'esercizio dell'attività assicurativa, ossia quando viene meno la **sana e prudente gestione**. In questo caso il provvedimento può essere impugnato davanti all'autorità giudiziaria del Tribunale amministrativo regionale del Lazio. È ovvio ed evidente che un necessario requisito per svolgere questa attività in un altro Paese è quello di non andare a pregiudicare i diritti degli assicurati del Paese di origine.
- nell'esercizio di **libera prestazione di servizi** l'impresa non apre una sede stabilmente collegata in quel Paese, non dà quindi l'idea di una certa permanenza. La libera prestazione di servizi si connota per essere un'attività che **non** presenta il **requisito della permanenza**, cioè lo stabilire permanentemente una sede dell'impresa. C'è la stessa procedura della libertà di stabilimento cioè l'impresa deve comunicare che intende esercitare in regime di libera prestazione di servizi. La **documentazione** che allegherà per l'autorizzazione sarà **minore** di quella relativa alla libertà di stabilimento, perché non aprirà una sede organizzata, e di conseguenza anche i **tempi** saranno **più brevi**. L'autorità di vigilanza del Paese ove andrà ad esercitare l'attività comunica con l'autorità di vigilanza

italiana e se non ci sono osservazioni l'attività assicurativa comincia.

Ovviamente l'esercizio di uno dei due diritti appena descritti si riflette anche sulle persone che esercitano quell'attività. Ad esempio se l'impresa vuole esercitare la propria attività in altri Stati dell'Unione attraverso l'uso della rete internet, lo può fare perché esiste il principio della libera prestazione di servizi.

Dobbiamo inoltre sapere che **le attività a copertura delle riserve tecniche devono essere dislocate nel Paese dove si va ad esercitare l'attività assicurativa**. L'impresa italiana deve costituire in Francia le proprie riserve tecniche per l'attività assicurativa in Francia, senza che vi sia pregiudizio per gli assicurati italiani e senza che possano considerare degli elementi patrimoniali che invece fanno parte delle attività a copertura delle riserve tecniche del portafoglio italiano.

Regole di esercizio per imprese di Paesi non membri dell'Unione Europea che intendono esercitare in Italia

Ci sono degli Stati che non fanno parte dell'Unione europea, ma che fanno parte dell'area economica dell'Unione Europea attraverso convenzioni e accordi. L'impresa dovrà seguire una procedura molto precisa e **non** potrà vedersi applicati gli articoli del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea in tema di **libera prestazione di servizi e libertà di stabilimento**.

Dovrà dotarsi di tutto quello che prevede la legge e soprattutto dovrà aprire una sede secondaria nominando anche un rappresentante. Presentando tutti quei **documenti** che le **imprese italiane** devono presentare all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni **Ivass**. Dovrà quindi corredare la domanda con il programma di attività e la relazione tecnica in cui dovrà specificare come pensa di far fronte agli impegni che si intende assumere.

La forma giuridica dell'impresa dovrà essere una società per azioni una forma analoga la società per azioni.

Dovrà inoltre valere la così detta **condizione di reciprocità**: significa che è permesso l'esercizio dell'attività assicurativa in un dato paese purché le imprese del paese dove l'impresa vuole esercitare possano fare altrettanto del paese di origine dell'impresa.

Anche su questa impresa **vigilerà l'autorità italiana** con tutti i poteri che abbiamo visto poter esercitare nei confronti delle imprese italiane.

Le attività a copertura delle **riserve** devono essere stabilite in **Italia**.

Anche l'impresa di questo paese terzo dovrà dotarsi dei requisiti visti prima cioè del requisito patrimoniale minimo e del requisito patrimoniale di solvibilità.

Disciplina della concorrenza

È interessante notare come anche le imprese assicurative sono sottoposte alle regole in tema di libera concorrenza. La libera concorrenza è stimolata in generale. È possibile che imprese assicurative italiane si accordano per tenere una tariffa unica per determinati tipi di assicurazioni, ciò impedisce la libera concorrenza e quindi il miglior vantaggio per il cittadino. Segnaliamo una legge del 1990, prima della quale si applicavano le norme del Trattato di Roma che prevedono il **divieto gli accordi** che vadano ad evitare o restringere la **libera concorrenza**. È stato poi **emanato un regolamento** che ha per oggetto il ramo assicurativo che ha stabilito le così dette **esenzioni**. Sono delle deroghe che possono essere riconosciute solo ed esclusivamente in presenza di determinati presupposti. Per cui dato un certo comportamento dell'impresa che potrebbe dar luogo ad una attività anti-concorrenziale, questo non è più vietato cioè si dice che è esentato perché si ritiene che sia di maggiore vantaggio per la collettività rispetto al suo divieto. L'esenzione **viene richiesta** dalle singole imprese. Lo possono fare sia a livello europeo che livello nazionale. In sintesi è possibile avere una disciplina diversa rispetto alla disciplina della libera concorrenza ordinaria.

L'**Autorità Garante della Concorrenza del Mercato** (A.G.C.M.) è un'autorità di vigilanza di natura pubblica, emette provvedimenti sanzionatori, anche pesanti, che possono essere impugnati davanti al Tribunale Amministrativo del Lazio. Nel momento in cui l'Autorità Garante della Concorrenza del Mercato si accorge che vi sono degli **accordi fra le imprese**, cioè un comportamento anticoncorrenziale, apre l'**istruttoria** nei confronti dell'impresa (cioè raccolta e controllo di informazioni precedente all'intervento di un'autorità amministrativa) e poi consulta l'autorità di vigilanza **Ivass**- più esperta di lei nel settore- che farà a sua volta delle indagini e che emetterà un **parere non vincolante**, per cui autorità garante della concorrenza del mercato può tranquillamente discostarsene purché dia motivi adeguati.

Distribuzione del prodotto assicurativo

Ci sono state più leggi che regolavano la distribuzione, ci sono stati anche regolamenti aventi per oggetto l'attività di intermediazione assicurativa recepiti con decreti legislativi dal nostro ordinamento. Con introduzione del Codice delle assicurazioni nel 2005 questa disciplina è stata integrata dalle norme del Codice delle assicurazioni.

Gli articoli definiscono l'**attività di intermediazione assicurativa** ma non dice chi è l'intermediario: l'attività di intermediazione consiste nel presentare e proporre i prodotti assicurativi e riassicurativi, fornire delle consulenze relative al prodotto che si va a presentare o offrire, una consulenza che può anche essere accompagnata da una vera e propria assistenza cioè l'assicurato viene seguito in tutto l'iter fino alla conclusione del contratto (vedi Art. 106 del Codice delle assicurazioni).

L'attività di intermediario finalizzata alla esecuzione o alla gestione a seconda della diversa tipologia del contratto che si va a concludere.

L'attività di intermediazione è **vietata** per gli **enti pubblici** o per enti controllati dagli enti pubblici e può essere svolta da persone giuridiche o fisiche.

Una delle novità introdotte dal Codice delle assicurazioni è stata l'introduzione del **Registro Unico degli intermediari** (R.U.I.) che è suddiviso in diverse **sezioni**, ciascuna per ogni categoria di soggetti: la sezione A dove si iscrivono gli agenti, sezione B dove si iscrivono i broker e poi sezioni C e D.

Per essere iscritti occorre ottenere un provvedimento da parte dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che autorizza l'iscrizione.

È **vietata** l'iscrizione contemporanea in **più sezioni** del registro.

31/03/2016

Attività di intermediazione

Per attività di intermediazione si intende la distribuzione del prodotto assicurativo. Gli intermediari devono essere iscritti nel *Registro unico degli intermediari* (RUI), tenuto presso l'Ivass. L'attività di intermediazione consiste nel proporre i prodotti assicurativi ai clienti. Può anche consistere nell'assistenza, consulenza e conclusione del contratto, addirittura in alcuni casi può consistere nella esecuzione del contratto stesso. Vediamo adesso le varie figure di intermediari:

1. L'agente

Si iscrive alla **sezione A del Registro**. Il contratto di agenzia è più vasto di quello assicurativo. Nel senso che si può instaurare anche in altri settori. Ad esempio nel settore immobiliare.

Noi troviamo la disciplina del *Contratto di agenzia* nel Codice Civile all'articolo **1742**. Qui viene detto che questa disciplina si applica anche al contratto di assicurazione, a meno di peculiarità dell'attività assicurativa. Si definisce **agente** "colui che **stabilmente** assume l'incarico di **proporre**, presentare o promuovere la conclusione di **contratti, per conto** dell'impresa di **assicurazione**". Il contratto di agenzia deve essere provato per iscritto: cioè è comunque **valido ad substantiam**, ma **non ad probationem** cioè ai fini della prova.

Vi sono vari tipi di agenti:

- A. **Agente dipendente dell'impresa** di assicurazione: viene qualificato come collaboratore che in gergo tecnico del Codice Civile è detto **istitutore**. È colui che è preposto dall'imprenditore in una sede secondaria con il potere di gestirla. I determinati poteri dati dalla compagnia di assicurazione per la distribuzione del prodotto assicurativo. Si dice che questo tipo di agente **gestisce** una **agenzia in economia**: ciò è molto importante perché **per eventuali danni** arrecati agli assicurati **risponderà** sia l'**agente** sia l'**impresa** di assicurazione.
- B. Agente non inserito nell'impresa di assicurazione: l'agente è un soggetto autonomo collegato da un contratto di agenzia all'impresa di assicurazione. Si dice che gestisce una **agenzia in gestione libera**. Dobbiamo distinguere due casi adesso:
- i. Se l'agente svolge la propria **attività** solamente **con la propria opera** -senza utilizzare beni strumentali- si dice che è un **lavoratore autonomo**. Ed è inquadrato giuridicamente tra i lavoratori para-subordinati.
Ripasso differenza fra **lavoratori subordinati e para-subordinati**. Il lavoratore subordinato è il dipendente cioè quello che deve sottostare alle direttive del datore di lavoro. Invece il lavoratore autonomo sceglie il proprio orario di lavoro, può essere assente a sua discrezione e legato all'impresa tramite un contratto di collaborazione. In caso di controversie con questa figura di lavoratore autonomo di una agenzia in economia, si applicano le regole previste per le controversie di lavoro, quindi si segue una procedura diversa rispetto a quella per le cause normali, andando davanti ad un giudice del lavoro.
Per quanto appena esposto **se** ci saranno **problemi** sui contratti stipulati tra **lavoratore autonomo e clienti** si va davanti al giudice del lavoro, applicando il **rito del lavoro**.
 - ii. Se l'agente **organizza** una **sede**, dei beni per svolgere la propria attività ed assume del **personale** allora il lavoratore si dice **imprenditore** "è colui che organizza professionalmente di beni per la produzione di beni e servizi" (art. 2082). Nel caso dell'attività assicurativa essa è considerata una produzione di servizi, pertanto questo agente è un ausiliario dell'imprenditore assicurativo, e allora secondo l'articolo 2195 del Codice Civile questo agente è a sua volta un **imprenditore commerciale**. Quindi sarà sottoposto al così detto *Statuto dell'imprenditore commerciale* cioè ad un insieme di regole tra cui la possibilità di fallimento in caso di insolvenza.

La distinzione fra i due tipi di agenti è molto importante per l'eventuale responsabilità in caso di controversie.

Il requisito per il rappresentante legale della società che svolge il ruolo di agente assicurativo è il godimento di tutti i diritti civili, non devono esserci limitazioni alla sua capacità giuridica e di agire, cioè deve avere la **piena capacità giuridica e di agire**. Ad esempio: dev'essere maggiorenne, non deve essere interdetto o inabilitato - provvedimenti che nominano un tutore o curatore, non deve essere stato condannato per reati (soprattutto in reati contro la pubblica amministrazione che hanno come pena accessoria l'interdizione dai pubblici uffici) non deve essere stato dichiarato fallito o aver avuto incarichi rilevanti in un'impresa dichiarata fallita, deve aver superato la prova di idoneità presso l'IVASS, ed infine -cosa molto importante- deve aver stipulato una polizza di responsabilità civile valida in tutta l'Unione Europea affinché sia gli assicurati che l'impresa con cui collabora siano garantiti in caso di problemi.

I **requisiti** per il soggetto giuridico cioè società che svolge il ruolo di agente assicurativo sono i seguenti: deve avere la **sede in Italia**, il rappresentante legale di questa società deve possedere tutti i requisiti della persona fisica perché deve essere iscritto nel Registro unico degli intermediari. Anche qui (come prima) una cosa molto importante è la stipulazione di una **polizza** assicurativa di

responsabilità civile che comprenda l'attività delle persone di cui risponde l'impresa stessa (tipo i dipendenti).

Come si smette di essere intermediari assicurativi?

Basta non essere più iscritti nel Registro unico degli intermediari, cioè basta essere cancellati. Le ipotesi di cancellazione sono:

- rinuncia volontaria all'iscrizione.
- mancato esercizio dell'attività agenziale senza motivo.
- se si viene radiati da parte dell'autorità di vigilanza (vedi controllo autorità Ivass).
- infine se gli addetti non versano il contributo all'Ivass.
- se viene meno la garanzia assicurativa cioè l'agente non paga il premio della propria polizza professionale.
- se vengono meno i requisiti al momento dell'iscrizione al Registro, ad esempio se si viene interdetti dopo l'iscrizione.

In cosa consiste concretamente l'attività dell'agente assicurativo?

Avevamo visto che la disciplina dell'attività dell'agente si trova nel Codice delle assicurazioni, nel contratto di agenzia e nel Codice Civile all'articolo 1742, ma anche agli articoli **1903** e **1913**.

L'oggetto della regolamentazione del rapporto tra imprese di assicurazione e agenzia sono anche i **contratti collettivi** che vanno a disciplinare i rapporti lavorativi che intervengono fra vari soggetti.

Da tutte queste norme prendiamo in esame la **disciplina del contratto di agenzia**.

Se l'agente riconosce di non essere in grado di svolgere l'attività deve avvisare l'impresa di assicurazione altrimenti sarà responsabile della mancata comunicazione dell'incapacità di svolgere questo lavoro.

Nel tempo il regolamento dell'Ivass è stato modificato più volte, ad esempio con i decreti legislativi Bersani poi convertiti in legge fra 2006 e 2007 che prevedono che la clausola esclusiva è consentita solamente per le assicurazioni ramo vita. Prima di questo decreto vi erano delle **clausole di esclusiva bilaterali**: l'agente non poteva promuovere contratti con altre assicurazioni, e l'impresa non poteva avvalersi di altri agenti. Questi decreti miravano a liberalizzare la concorrenza fra imprese. Ancora oggi non sono previste per i rami danni le clausole di esclusiva, sono previste solo per i rami vita. Tra le altre modifiche al Codice delle assicurazioni ricordiamo l'obbligo di massima trasparenza della proposta del prodotto assicurativo, e fra l'altro deve essere indicata nel contratto la provvigione dell'agente.

Vari tipi di provvigione per l'agente assicurativo

La provvigione è il corrispettivo per l'agente. Distinguiamo le diverse tipologie di provvigioni:

provvigioni di acquisto è il corrispettivo per i contratti di cui l'agente ha promosso la conclusione,

provvigione di incasso è il corrispettivo per i premi incassati.

Può inoltre essere previsto dal contratto che l'agente sia responsabile dell'esecuzione del contratto, e non già della sola conclusione del contratto: è la clausola dello **star del credere**: vuol dire che l'agente risponde anche dell'esecuzione del contratto, ovvero del pagamento dei premi da parte dei clienti. Questa clausola fornisce all'agente un corrispettivo più elevato di quello standard. Questa clausola ha lo scopo di sensibilizzare l'agente nella scelta dei clienti.

Esiste poi la **provvigione per il rinnovo**, per l'omonimo fenomeno. Tutto questo viene stabilito nel contratto di agenzia.

Può anche essere prevista una **indennità per risoluzione del contratto di agenzia**: viene corrisposta una sorta di liquidazione per il lavoro svolto, quello che nei posti di lavoro subordinati è il t.f.r.. Nel momento in cui si ha risoluzione del contratto il portafoglio assicurativo è consegnato dall'agente all'impresa di assicurazione perché la gente li stipulava in nome e per conto dell'impresa.

Nel concludere contratti di assicurazione l'agente deve fare l'interesse dell'impresa di assicurazione e non il proprio.

All'agente è riconosciuta una **rappresentanza processuale**, cioè può andare in giudizio sia dal lato attivo che dal lato passivo.

Dal punto di vista del cliente è importante verificare quali poteri effettivamente ha l'agente, ad esempio se non è autorizzato a ricevere la denuncia del sinistro, il cliente dovrà denunciare il sinistro a qualcun altro (riferimento all'Art.1913: *L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza*). Più avanti vedremo quali sono le conseguenze di una mancata o ritardata denuncia. Il cliente può sapere questa cosa andando a consultare il Rui.

I periti assicurativi

Il perito assicurativo? Sono persone che hanno una particolare professionalità in alcuni campi e che aiutano le imprese di assicurazione a stimare i danni dovuti a sinistri. Sono iscritti nella **sezione A del R.U.I.** Registro unico degli intermediari purché aventi i seguenti requisiti- facciamo notare che questi stessi requisiti devono valere per il rappresentante legale della società che vuole iscriversi al Registro unico degli intermediari come agente.

2. Il broker

È il mediatore di assicurazione o riassicurazione. Il riferimento qui è il **contratto di mediazione** che è definito come il contratto "*che mette in relazione due o più parti per la conclusione di un affare, senza essere legato ad alcuna di esse da rapporti di collaborazione, di dipendenza o di rappresentanza*". Il mediatore per il solo fatto di aver fatto incontrare le due parti, senza che per forza abbiano poi trovato un accordo, ha diritto al suo corrispettivo. Il mediatore è incaricato da un assicurando il quale gli chiede di trovare il prodotto assicurativo più adeguato alle sue esigenze. Quindi il mediatore mette in contatto l'assicurando con l'assicuratore. Ma la figura del Broker non si riduce solo a questo, infatti egli deve effettuare una certa attività di assistenza e consulenza nei confronti dell'assicurato per poi ricercare l'impresa che offre il prodotto più adeguato. Dunque l'attività del broker è anche attività di assistenza e consulenza. Per quanto appena esposto la giurisprudenza ha classificato il contratto di brokeraggio come un **contratto misto** in quanto ha degli aspetti propri del **contratto di mediazione** ed aspetti del contratto **d'opera intellettuale**. La sua regolamentazione avverrà fondamentalmente tramite accordo delle parti, ma non solo. Vi sono infatti delle norme civili che comprendono sia una fase di consulenza (precontrattuale) che la fase contrattuale, ossia la conclusione del contratto.

07/04/2016

Nel Codice Civile esiste già la regolamentazione della figura del mediatore, un esempio su tutti è il mediatore immobiliare.

Ad esempio un comune nei confronti dei propri dipendenti per legge deve stipulare delle polizze assicurative di responsabilità civile auto e di responsabilità civile nel caso in cui questi rechino danno a terzi. Il Comune allora non andrà singolarmente dalle compagnie di assicurazione ma si rivolgerà ad un broker che dopo aver individuato le esigenze del cliente accontenterà le varie imprese di assicurazione disponibili a coprire quei rischi. Quest'ultima frase sottolinea che non vi è alcun rapporto di collaborazione, come nel contratto di agenzia, tra broker e imprese. Nella pratica le imprese inviano una lettera al broker, nella quale spiegano quali sono i rischi disposti a sostenere, così una volta trovato il cliente con quelle esigenze il broker studia la situazione specifica.

Corrispettivo al broker

La premio pagato dall'assicurato è anche costituito da quella parte di premio che l'assicurazione ha valutato essere il costo del mediatore. A rigore dobbiamo dire che una parte del pagamento del broker spetta all'assicurato, che -con una quota parte del premio- retribuisce il broker.

Requisiti per essere broker

Per poter essere iscritto al Registro unico degli intermediari devono valere le seguenti condizioni: deve godere dei diritti civili, non deve essere stato condannato per reati che prevedono come pena accessoria interdizione dai pubblici uffici, non deve essere stato dichiarato fallito. Devono essere rispettati **tutti i requisiti** che valgono **per l'agente**. Anche qui c'è una prova di idoneità in cui si dimostra la propria capacità professionale. Anche qui come per gli agenti assicurativi c'è l'obbligo di possedere una polizza di responsabilità civile professionale per eventuali imprudenze, imprudenze ed imperizie. Infine deve dimostrare di aver versato un **contributo** al **Fondo di Garanzia** che ha il compito per risarcire i danni che la polizza assicurativa eventualmente non copre. I broker assicurativi sono sottoposti alla sorveglianza dell'istituto di vigilanza delle assicurazioni

3. Produttori diretti

Sono iscritti nella **sezione C** del Registro unico degli intermediari. Intervengono nella distribuzione del prodotto assicurativo **solamente i prodotti** assicurativi **ramo vita** e ramo **danni alla persona**. Sono collaboratori dell'impresa e non suoi dipendenti, infatti possono svolgere un'altra attività come loro attività principale. non hanno orario non hanno un obbligo di raggiungere un certo risultato. Devono però avere il **requisito** della **onorabilità** (cioè devono godere dei diritti civili), ma non occorre che dimostrino di essere in possesso di una polizza assicurativa di responsabilità civile, sono infine tenuti a seguire una serie di corsi formativi per acquisire la necessaria competenza.

4. Banche, società di intermediazione mobiliare, Poste Italiane, la divisione BancoPosta

Sono iscritti nella **sezione D** del Registro unico degli intermediari. Possono distribuire unicamente i prodotti standardizzati cioè prodotti per i quali non è possibile modificare da parte del soggetto incaricato della distribuzione le clausole contenute nel contratto.

Vediamo velocemente il fenomeno della **banca-assicurazione**: aveva il compito di risparmiare i costi della distribuzione sfruttando la clientela della banca per proporre il prodotto assicurativo (dal 2005). Però la limitazione della distribuzione è data da prodotti assicurativi standardizzati.

5. Zona dell'albo per i collaboratori e dipendenti degli intermediari precedenti con particolari caratteristiche

Permette l'iscrizione nella sezione E nel Registro unico dei collaboratori, dei dipendenti dei precedenti intermediari quando questi operano al di fuori dei locali del loro datore di lavoro. Ad esempio una società di brokeraggio oppure di agenzia può avvalersi di collaboratori che agiscono al di fuori del locale dove viene svolta l'attività di agenzia di brokeraggio, ecco il requisito è che questi soggetti siano **iscritti nel Registro delle imprese**. Essendo dipendenti gli altri intermediari non occorre che possiedano una polizza di responsabilità civile, ma dimostrare di avere una certa conoscenza del settore assicurativo. Devono inoltre dimostrare di essere persone integre, cioè onorabili ed **incensurate** attraverso il **certificato di carichi pendenti**: all'interno di ciascun tribunale esiste infatti un così detto *casellario giudiziale* dove si può richiedere il certificato dei

carichi pendenti, se non si trova il proprio nome significa che non c'è stato e non è nemmeno in corso alcun carico pendente nei propri confronti.

Regole di comportamento degli intermediari

Regolamento n° 5 del 2006 indica le regole di comportamento che gli intermediari devono osservare.

- Obbligo di **separazione patrimoniale** dell'attività lavorativa: si prevede che sia gli agenti sia broker sia gli intermediari abbiano un patrimonio separato, quindi un conto separato, per l'attività che svolgono rispetto al proprio patrimonio.
- Deve comportarsi secondo diligenza, **correttezza** e **trasparenza**: in generale la **diligenza** consiste nell'adempiere le proprie funzioni o secondo la *diligenza del buon padre di famiglia* oppure secondo la *diligenza qualificata* ed è quest'ultima quella richiesta di intermediario (non dovrà proporre il prodotto su cui ha una maggiore provvigione ma quello più adatto al cliente); la **trasparenza** sia riferita al prodotto che si presenta dando tutte le informazioni necessarie sia riguardo se stessi fornendo le indicazioni relative alla propria persona, la propria attività, etc; altra cosa in fondamentale è l'**obbligo informativo** sia inteso come descrizione delle caratteristiche del prodotto sia come informazione bilaterale cioè conoscenza la profondità delle esigenze del cliente, inclusa la sua propensione al rischio, affinché possa essere proposto un prodotto adeguato. Si sostanzia informando delle caratteristiche del prodotto che deve anche essere **conforme al principio di adeguatezza**. Esso consiste nell'offrire al cliente informazioni e prodotti a lui adeguati allo scopo che il cliente operi scelte consapevoli (per esempio se il cliente è un professorone o una vecchietta egli dovrà adattare linguaggio usato calibrato sul cliente, capire se c'è o meno la propensione al rischio, conoscere il patrimonio per un'adeguatezza ai premi e prodotti da offrire). Una volta appurato il tipo di cliente vanno fornite al cliente caratteristiche e differenze dei prodotti.

La violazione degli obblighi porta ad una responsabilità in capo all'intermediario: rischia risarcimenti e multe; la violazione va confrontata con gli elementi probatori se il cliente non ha fornito tutti i dati al broker oppure sulla base dei dati forniti se gli ha fatto un'analisi.

Distribuzione del prodotto assicurativo per via telefonica

Il contratto è concluso quando la controparte accetta la proposta. Attenzione che il contratto non si può concludere al telefono perché la legge prevede uno scambio di documentazione cartacea. Nel caso del contratto di assicurazione è **assicurato** e non l'assicuratore a **fare la proposta**: nel momento in cui il cliente per telefono dice tale proposta gli va bene la compagnia invierà il cartaceo al cliente il contratto da firmare contenente la proposta dell'assicurato e l'accettazione da parte dell'impresa.

Non serve la forma scritta per concludere il contratto ma serve la **forma scritta per avere una prova**. Nel caso del contratto assicurativo la legge stabilisce che deve essere rilasciata una copia al soggetto.

12/04/2016

Vediamo ora una parte più giuridica riguardo le tesi che si sono elaborate nel tempo.

Il contratto di assicurazione

La disciplina dell'accesso e dell'esercizio dell'attività assicurativa è contenuta nel Codice delle assicurazioni con le varie modifiche che si sono introdotte. Mentre invece il contratto di assicurazione rimane disciplinato nel Codice Civile agli articoli **1882 e seguenti**. Il Codice Civile presenta il contratto di assicurazione vita e danni in un'unica norma. Il contratto di assicurazione è quel *contratto attraverso il quale a fronte del pagamento del premio, che è la prestazione*

dell'assicurato, l'assicuratore si obbliga al pagamento dell'indennità. Nel caso dell'assicurazione sulla vita ci sarà il pagamento o di un capitale o di una rendita.

Distinzioni del contratto di assicurazione

Tecnicamente Il Codice Civile parla di assicurazione vita e assicurazione non vita, dove per assicurazione non vita si intendono le assicurazioni danni ed assicurazioni danni alla persona. Tuttavia il Codice delle assicurazioni non fa questa distinzione.

Funzione del contratto di assicurazione

Dal 1942 in poi è stata cercata la **funzione unitaria del contratto** di assicurazione. Vedremo che non esiste una funzione unitaria, se ci fosse stata questa ci avrebbe permesso gli applicare tutte le norme dei contratti rami danni anche ai contratti rami vita. Di questo siamo sicuri perché la disciplina tratta i due rami in maniera differente e lo stesso fa anche il Codice delle assicurazioni. Da qui si è cominciato a discutere sul **principio indennitario**: cioè a fronte del pagamento dell'Indennità l'assicurazione si impegna a risarcire il danno. Purtroppo ciò vale solo per i contratti assicurativi della ramo danni e non di quelli vita, ad esempio nel caso di assicurazione vita per il caso di sopravvivenza non si può dire di avere un danno che viene ad essere valutato dall'assicuratore per il quale viene pagata la rendita o il capitale.

Così corressero la teoria del principio indennitario con il **principio del bisogno**, perché se colui che viene colpito dall'evento è anche colui che produce il reddito nella famiglia ecco che il bisogno è eventuale nel caso in cui muoia oppure nel caso in cui sopravviva ma non sei in grado di mantenere la famiglia. Il bisogno sorge nel momento del verificarsi del sinistro che è causa del danno. Purtroppo anche questa teoria è stata duramente criticata in quanto non è sempre detto che il soggetto che si assicura, parlando nelle assicurazioni vita, sia colui che mantiene la famiglia. Quindi non necessariamente c'è questa necessità o bisogno eventuale.

Sì è allora cercata una nuova impostazione definendo il contratto di assicurazione come **trasferimento del rischio**. Quello che si va a verificare secondo questa teoria non è tanto il verificarsi del danno e delle sue conseguenze, quanto il trasferire il rischio all'impresa di assicurazione anche se il danno non si verificherà mai. Ma anche questa teoria non è soddisfacente a spiegare la funzione unitaria.

Osservazione: le caratteristiche dell'assicurazione danni sono ben diverse dalle caratteristiche dell'assicurazione vita perché nel primo caso a fronte del pagamento del premio l'assicuratore si impegna a pagare il risarcimento del danno solo e solamente se il danno si verificherà; mentre nel caso dell'assicurazione vita a fronte del pagamento del premio si avrà, in alcuni tipi di assicurazione vita, certamente la liquidazione della rendita o capitale.

Pertanto si è arrivati a negare la cosiddetta ricostruzione unitaria del contratto di assicurazione perché **non è possibile trovare una funzione unitaria** del contratto di assicurazione generico.

La funzione del contratto danni è **indennitaria**, mentre la funzione del contratto vita è **previdenziale**.

Il contratto assicurativo sulla vita ha una funzione previdenziale, cioè che riguarda il complesso di istituti e attività, gestiti e svolti direttamente dallo Stato o da organismi autorizzati che hanno per obiettivo quello di assicurare ai cittadini la possibilità di far fronte a particolari situazioni di necessità (infortunio, malattia, invalidità, disoccupazione involontaria ecc.), o i mezzi necessari di sussistenza al termine della vita lavorativa (pensioni di anzianità e di vecchiaia).

Tuttavia si è anche detto che si potrebbe **considerare la causa**, cioè elemento essenziale, il rischio inteso come quell'evento che determina nell'impresa di assicurazione l'obbligo di dotarsi di una organizzazione tecnico-finanziaria tale che permetta di sopportare il rischio. Si dice che da un lato l'assicurato è tenuto al pagamento di un premio, e dall'altro che la prestazione dell'assicuratore non è tanto quella di pagare il risarcimento del danno o l'indennità una rendita, quanto quella di organizzarsi e quindi **predisporre l'organizzazione tecnico giuridica finanziaria per gestire la massa dei rischi omogenei assunti in modo da garantire all'assicurato che al**

momento del verificarsi ci sarà la liquidazione del danno o dell'indennità. Ciò su cui si va a puntare è la qualità di imprenditore assicurativo che deve essere rivestita da colui che si assume il rischio. Cioè soltanto chi è imprenditore assicurativo, e che quindi ha una organizzazione tecnico giuridica finanziaria autorizzata, è in grado di garantire la propria prestazione. Si dice che il contratto di assicurazione è un **contratto a prestazioni corrispettive**, vuol dire che entrambe le parti hanno l'obbligo di prestazione: nel caso dell'impresa di assicurazione la prestazione non è data dalla liquidazione del danno o dalla rendita bensì dalla organizzazione tecnico-giuridica finanziaria che permetta di garantire che nel momento in cui servirà verrà pagato il risarcimento. Tant'è che si dice che **l'oggetto del contratto di assicurazione per l'assicurato è la certezza** cioè una sicurezza, **garantita dall'organizzazione dell'assicuratore**.

I contratti aleatori

I **contratti aleatori** sono contratti in cui la prestazione delle parti è sottoposta ad un evento futuro ed incerto. Perciò i vantaggi delle parti non possono essere determinati al momento della conclusione del contratto a causa dell'elemento incerto. Si è sempre pensato che contratti di assicurazione rientrano in questa categoria, ma per quanto appena visto l'organizzazione tecnico giuridica finanziaria assieme alla funzione attuariale dell'assicuratore dovrebbe evitare che ci sia un'alea sulla prestazione dell'assicuratore. Quindi non c'è una vera e propria alea. Nel Codice Civile **non c'è** una vera **definizione** di contratto aleatorio; essa si desume dalle norme. È importante ricordare che la disciplina dei contratti aleatori rende **inapplicabile la norma** del Codice Civile che dice che è possibile **sciogliere** il contratto **se** quel contratto è diventato **“eccessivamente oneroso”**. Ovviamente questa norma non si applica al contratto di assicurazione.

Sintesi del discorso: la funzione indennitaria avuto in passato un certo sviluppo e successo, ma oggi è messa in discussione. Detto questo dobbiamo dare atto che **non esiste una funzione unitaria** del contratto di assicurazione perché ha caratteristiche diverse a seconda del ramo (danni o vita). La conseguenza che non si può proprio legare la disciplina del contratto danni e vita. Ci sono tuttavia degli elementi essenziali comuni sia nel contratto danni che nel contratto vita.

Elementi essenziali di un contratto generico

Accordo

incontro della volontà delle parti

Causa

è lo scopo del negozio giuridico; nel contratto di assicurazione è quella di tutelare l'**interesse** dell'assicurato da un **rischio** che lo minaccia dietro pagamento di un **premio**.

Oggetto

deve essere possibile, lecito e determinabile; è il rischio contro cui ci si assicura

Forma

dipende dai casi

Elementi essenziali del contratto di assicurazione

Secondo l'Articolo 1882 del Codice Civile sono:

il pagamento del premio

l'esistenza del rischio

la prestazione della garanzia da parte dell'assicuratore (o interesse)

Il rischio

Il rischio è uno degli elementi fondamentali ed essenziali del contratto. Il rischio è definito come quell'**evento futuro ed incerto**, a meno di essere nell'assicurazione caso morte vita intera.

Il fatto che il rischio sia un elemento del contratto, ci porta a concludere che esso deve sussistere affinché il contratto sia valido. L'eventuale inesistenza del rischio porterà alla nullità del contratto. Il rischio è dovuto alla possibilità che si verificano o alcuni eventi di **natura generale** (incendio alluvione o altro) ho eventi di **natura particolare** che sono valutati caso per caso e che attengono alla modalità del verificarsi del rischio.

Qualora l'evento futuro ed incerto ossia il rischio sia **provocato con** dolo o colpa grave l'assicurato perde il diritto alla prestazione dell'assicuratore. Giusto per capirci il dolo la colpa grave sono elementi soggettivi delle parti:

- si definisce **dolo** quel comportamento che con coscienza e volontà viene posto in essere al fine di raggiungere un obiettivo illecito
- la **colpa grave** invece, che non è sempre facile distinguere dal dolo, indica una minore coscienza delle conseguenze dannose che il comportamento può avere.

La **colpa** è un possibile stato soggettivo di ciascun contraente. La colpa in generale si definisce come quel comportamento che il soggetto tiene per negligenza, imprudenza o imperizia. Ovverosia io per imprudenza negligenza imperizia mantengo un comportamento che ha delle conseguenze dannosa. Una volta individuata la colpa la si distingue in *colpa lieve* o *colpa grave*: maggiore è la manchevolezza (inadeguatezza o imperfezione) più ci si avvicina una colpa grave, cioè il soggetto non poteva non sapere o non poteva non immaginare le conseguenze dannose del suo comportamento.

Il rischio inassicurabile

Alcuni eventi costituiscono un **rischio inassicurabile** a causa della eccezionalità ed imprevedibilità degli eventi. Questi eventi sono esclusi dalla legge come eventi che possono essere oggetto di garanzia assicurativa. Ad esempio gli eventi catastrofici non assicurabili sono il terremoto, le guerre e i tumulti.

Delimitazione della copertura assicurativa

Nel momento in cui si va ad individuare il rischio bisogna stare particolarmente attenti poiché è una fase importantissima perché si vanno a risarcire, dopo gli opportuni accertamenti i danni che sono in **nesso causale** cioè in diretta conseguenza del verificarsi dell'evento.

Individuare esattamente il rischio cioè l'evento permette di **delimitare la copertura assicurativa**, per cui l'assicurazione risponderà per le conseguenze dannose dei sinistri verificatisi durante l'efficacia del contratto. Vedremo che questo principio verrà in parte **derogato da** una particolare forma di assicurazione che è l'**assicurazione di responsabilità civile** dove noi troviamo una possibile distanza temporale dal momento in cui si verifica il comportamento, che dà luogo all'evento dannoso, rispetto al manifestarsi del danno. La particolarità di questa disciplina risiede nel fatto che il danno concreto si manifesta in un momento distante da quando è stato compiuto il comportamento che ha dato luogo del danno. Ad esempio il medico assicurata con responsabilità civile professionale che oggi compie una attività che comporta un danno che però non si manifesta subito, esso rientra nella copertura purché sia accertato il nesso causale.

Disciplina sul pagamento del premio assicurativo generico

Nella disciplina generale del contratto ci sono varie tipologie di contratto tra cui quella consensuale che si conclude con l'accordo delle parti. Per il contratto di assicurazione quello che rileva è l'incontro delle volontà delle parti: abbiamo visto che il formulario sottoscritto dall'assicurato è la proposta e che non appena l'assicuratore accetta la proposta il contratto si conclude. Cosa diversa è il **pagamento del premio** che fa scattare l'**efficacia della copertura** assicurativa.

1. - Se non paga il primo premio

Certe volte succede che il soggetto conclude il contratto ma non paga il primo premio. Quindi è **mantenuto l'obbligo al pagamento** del primo premio ma l'assicurato **non** ha alcun diritto a chiedere la **prestazione**. L'efficacia del contratto è sospesa.

2. - Se viene pagato il primo premio, ma non uno dei successivi

15 giorni di deroga → contratto sospeso fino giorno del pagamento

Se, invece, non è pagata una rata successiva, il contratto produce i suoi effetti soltanto per i 15 giorni successivi alla scadenza del termine di pagamento, dopodiché resta **sospeso** sino alle ore 24 del giorno in cui avviene il pagamento.

- **Se, dopo** tale momento, si verifica un **sinistro**, l'assicuratore **non** è tenuto all'**indennizzo**, mentre l'assicurato resta obbligato al pagamento del premio.
- Il contratto viene riattivato se l'assicurato paga il premio rimasto insoluto, gli interessi moratori e le eventuali spese di lite sostenute dall'assicuratore per recuperare il premio. In questo caso restano **non indennizzabili** i **sinistri** verificatisi **durante la fase di sospensione**.

b) Se l'assicuratore non agisce per la riscossione del premio entro sei mesi dalla scadenza del termine di pagamento, il contratto invece si **risolve**.

Se il contratto è concluso, ma il rischio non sussiste allora il contratto è nullo. L'unico caso che rimane ancora in vigore. La deroga al *principio dell'esistenza del rischio*, è la norma dell'articolo 514 del *Codice della navigazione* la quale prevede che il contratto sia valido anche se il rischio è cessato di esistere prima della conclusione del contratto. In questo caso si parla del *rischio putativo* cioè la convinzione che il rischio sia ancora esistente mentre in realtà si è già verificato.

Se il **rischio oggetto** del contratto **viene meno** dopo la stipula del contratto ma durante la vigenza del contratto, allora il premio rimane acquisito all'imprenditore perché già contabilizzato ma il contratto si scioglierà.

Deroga a questo principio è la **disciplina** della **responsabilità civile auto** in cui si prevede espressamente che se il rischio viene meno durante il periodo dell'assicurazione:

- o si **sospende** l'assicurazione riattivandola su un nuovo mezzo .
- oppure si può **trasferire** la propria **assicurazione** in capo all'acquirente (è la disciplina dell'alienazione delle cose assicurate) facendosi restituire la parte di premio non utilizzata perché il rischio è cessato.

Ora vedremo l'importante disciplina di diminuzione ed aggravamento del rischio.

Disciplina della diminuzione e dell'aggravamento del rischio nei rami danni

Ha grande rilevanza non solo ai fini contrattuali ma anche ai fini del computo delle riserve. Aggravamento o diminuzione del rischio significa aumento della probabilità del verificarsi del sinistro, oppure diminuzione della probabilità del verificarsi del sinistro.

1) Ipotesi di diminuzione del rischio nei rami danni

Ad esempio concludo un'assicurazione contro i danni da incendio sulla mia casa che sta vicino ad una fabbrica contenente materiali altamente infiammabili: questa condizione della mia casa deve

essere dichiarata nel contratto perché l'assicurazione calcolerà correttamente la probabilità che la casa vada a fuoco e quindi calcolerà esattamente il premio. Se quella fabbrica chiude oppure si trasferisce le probabilità si abbassano. L'assicurato quindi avrà diritto ad una riduzione del premio. Ecco che allora si impone all'assicurato l'**onere** di comunicare all'assicuratore l'eventuale avvenuta diminuzione del rischio.

La differenza fra onere ed obbligo è che l'**onere** è un comportamento che il soggetto pone in essere per ottenere un vantaggio proprio, egli si sottopone ad un sacrificio per ottenere un vantaggio a suo esclusivo favore; in questo caso il sacrificio è l'attivazione e di vantaggio e la riduzione del premio. L'**obbligo** invece è un comportamento che si deve tenere che non porta ad un vantaggio ma che è imposto dalla legge, e quindi deve essere rispettato da tutti pena conseguenze negative.

È anche vero poi che al momento del verificarsi del sinistro si terrà conto della situazione reale e non di quella in base alla quale l'assicurato pagava i premi.

A questo punto l'assicuratore può andare a **ridurre proporzionalmente i premi, oppure** potrebbe anche stabilire che non è più abbastanza vantaggioso continuare quel rapporto assicurativo decidendo perciò di recedere dal contratto, cioè di **sciogliere il rapporto** contrattuale andandosene (articoli 1897, 1898). L'articolo 1897 stabilisce che l'assicuratore ha **2 mesi** di tempo **per decidere** se mantenere il contratto o meno; nel caso in cui decida di recedere il **recesso** ha effetto dopo **1 mese**, non immediatamente dopo aver ricevuto la comunicazione dall'assicuratore. Ciò significa che da lì ad un mese, cioè nel **nelle more**, l'assicuratore dovrà pagare l'indennità in caso di sinistro.

2) Ipotesi di aggravamento del rischio (rami danni)

C'è un preciso obbligo in capo all'assicurato il quale non appena viene a conoscenza dell'aggravamento del rischio cioè dell'**aumento delle probabilità del verificarsi del sinistro** deve immediatamente comunicarlo all'assicuratore, l'eventuale violazione di questo ordine di comunicazione può portare alla perdita del diritto al risarcimento del danno. Ad esempio vicino alla mia casa dopo che mi sono assicurato costruiscono una fabbrica con materiale altamente infiammabile, fatto che incide sulla probabilità del verificarsi dell'evento.

La **mancata comunicazione di questa notizia**, pur sapendo quali sarebbero state le conseguenze ma volendo lucrare sulla assicurazione, **fa perdere il diritto risarcimento del danno**.

Vediamo cosa può fare l'assicuratore una volta che viene a sapere che il rischio si è aggravato.

a) L'assicuratore aumenta il premio del contratto in vigore

Una logica alternativa è quella dell'**aumento del premio**.

b) L'assicuratore recede dal contratto

Oppure l'assicuratore potrebbe ritenere che anche per me è aumentato il rischio e quindi non sia conveniente economicamente per lui, e quindi potrebbe decidere di **sciogliere il contratto** esercitando il diritto di recesso che porta allo scioglimento del contratto. In ogni caso l'assicuratore ha un periodo di tempo in cui può valutare la convenienza o meno di continuare il rapporto. E una volta che comunica di dover **recedere** dal contratto, il **recesso ha effetto dopo 15 giorni**. Ciò significa che nel momento in cui la dichiarazione di recesso perverrà all'assicurato, lo scioglimento del rapporto non sarà immediato ma decorrerà dopo 15 giorni.

- Se **in questi 15 giorni si verifica** il sinistro, ed in sede di accertamento si accerta che rischio si era aggravato, allora l'assicuratore deve pagare all'assicurato il **risarcimento del danno in misura ridotta proporzionalmente tra premio pagato e premio che sarebbe stato pagato se** l'aggravamento del rischio fosse stato conosciuto da parte dell'assicuratore.

- Se invece il **sinistro non si verifica decorsi 15 giorni** allora il contratto si **scioglie**, i premi pagati rimangono all'assicuratore e l'assicurato dovrà cercare una nuova compagnia assicurativa.

c) Se rischio diventa inassicurabile

Se il **rischio è inassicurabile**: un'altra situazione di aggravamento del rischio ben più rilevante è quella che comporta per l'assicuratore un rischio inassicurabile. L'assicurato comunica diligentemente l'aggravamento del rischio, l'assicurazione valuta l'aumento della probabilità dell'evento e comunica che intende recedere dal contratto perché per lei il rischio è inassicurabile. Una volta che questa comunicazione giunge all'assicurato ha effetto immediato, cioè **scioglie immediatamente il rapporto** contrattuale. Questo recesso immediato è considerato **a tutela dell'assicurato** e non dell'assicuratore. Perché se nel periodo di tempo che intercorre fra la comunicazione da parte dell'assicurato dell'aggravamento del rischio e la dichiarazione di recesso dell'assicuratore si verifica il sinistro, se l'assicuratore riesce a dimostrare che il rischio per lui è inassicurabile allora l'assicuratore è liberato dal risarcimento del danno. Il senso è che **si vuole liberare prima possibile il rapporto** contrattuale in modo che l'assicurato possa ricorrere ad altro assicuratore per coprire quel rischio. A questo punto l'assicurato potrebbe stipulare un contratto in coassicurazione dove vi è una ripartizione del rischio, in cui cerca una compagnia che interviene al contratto assicurativo si assume una parte del rischio.

3) Ipotesi di aggravamento del rischio (rami vita)

Nel caso di assicurazione vita **caso sopravvivenza non** posso parlare di **aggravamento del rischio**.

Nel caso di assicurazione vita **caso morte** potrei considerare delle fattispecie per cui potrebbe aumentare il rischio di morte. L'articolo 1926 del Codice Civile prevede che l'assicurato **cambi professione o cambi le proprie attività** che possono incidere sull'evento morte. Ad esempio se da impiegato si diventa pilota di aerei, oppure facendo sport comincia a fare parapendio e bungee jumping è chiaro che queste attività incidono sulla probabilità dell'evento morte.

C'è quindi un **dovere** in capo all'assicurato di **comunicare la modifica del rischio**, l'assicuratore a questo punto ha un periodo di tempo che è più ridotto perché è di **15 giorni** dopo i quali o aumenterà il premio o deciderà di recedere dal contratto. Nel caso in cui decida di aumentare il premio, l'assicurato a sua volta dovrà decidere se il nuovo premio gli va bene o meno e comunicare la **propria risposta entro 15 giorni**, decorsi i quali se non ha manifestato la volontà di accettare l'aumento del premio, si ritiene il comportamento inerte come silenzio assenso.

4) Ipotesi di diminuzione del rischio (rami vita)

Non trattata.

19/04/2016

Sovrassicurazione

Si parla di sovrassicurazione quando la somma assicurata in polizza al momento del sinistro è superiore al valore reale del bene.

Non si applica la **regola proporzionale** nonostante il premio più alto pagato, ma si rimborsa per intero il danno (se in buona fede suppongo), ma niente di più per via dell'art.1908 nonostante siano stati pagati premi più alti.

“Nell'accertare il danno non si può attribuire alle cose perite o danneggiate un valore superiore a quello che avevano al momento del sinistro” (Articolo 1908). È la logica conseguenza del principio indennitario.

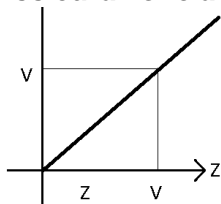
Sottoassicurazione

“Se l'Assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'Assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto” (articolo 1907).

Regola proporzionale: Indennizzo = danno * somma assicurata / valore reale

Applicata in caso di:

- **Assicurazione a valore intero** (il danno è risarcito per intero)

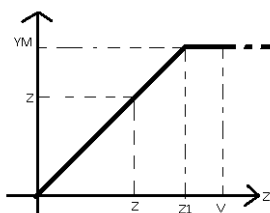


- **Assicurazione a primo rischio relativo** (mai a primo rischio assoluto)

Viene però fissato un valore $M < V$ che mi dà una limitazione di copertura

$$Y = \begin{cases} Z & Z \leq M \\ M & Z > M \end{cases} = \min(M, Z)$$

vale quindi M se il valore del danno supera M.



→ non applico **MAI** la regola proporzionale alla **assicurazione a primo rischio assoluto**.

L'interesse

L'interesse è un altro elemento fondamentale del contratto. L'interesse è definito come “**relazione di tipo economico che il titolare del bene (ossia l'assicurato) deve avere con il bene oggetto dell'assicurazione**”. Se viene meno l'interesse si avrà la nullità del contratto.

Gli interessi concorrenti

Ci possono essere degli interessi concorrenti con l'interesse del proprietario: vediamo che cosa è l'**interesse concorrente**. Come sappiamo è possibile dare il bene in concessione, o anche darlo in usufrutto, che come sappiamo è un diritto reale di godimento che permette di sfruttare quel bene e di trarne i frutti come se fosse suo. Ciò che devo ricordare è che oltre al titolare del bene cioè il proprietario vi possono essere altri soggetti che hanno degli interessi concorrenti cioè soggetti **utilizzano il bene** pur non essendo proprietari. Ad esempio se io trasporto delle merci, pur non essendo titolare delle merci, o l'interesse a che queste rimangano integre perché altrimenti sarò tenuto a risarcire il danno. Anche questi soggetti possono stipulare un contratto di assicurazione sul bene di cui usufruiscono.

Nel caso di assicurazione sulla vita invece normalmente l'oggetto del contratto di assicurazione è la vita umana del contraente assicurato, ma altre volte possibile che ci si assicuri sulla vita (quindi assicurazione caso morte) di un terzo quando vi sia il consenso del terzo.

La relazione deve sussistere al momento del sinistro ovviamente.

L'interesse può essere considerato la misura della cosa oggetto del contratto di assicurazione.

Valutazione morale del bene

Se il bene non ha un valore economico non si può assicurare. Un bene che abbia solamente un valore morale non è possibile coprirlo con una garanzia.

Caratteristiche del contratto di assicurazione

È un **contratto bilaterale**: ci sono almeno due parti, è infatti possibile che la persona che contrae sia diversa dall'assicurato cioè è una persona che ha un rapporto economico con il bene, cioè un interesse con il bene. È un **contratto a prestazioni corrispettive**: la corrispettività si configura da

un lato come l'obbligo del pagamento del premio da parte dell'assicurato e dall'altra parte come obbligo a predisporre la struttura giuridico finanziaria che permette la contabilizzazione del contratto e quindi permette la costituzione delle riserve per il pagamento dell'indennità in futuro. È un **contratto di durata**: normalmente è inferiore all'anno nei contratti danni ma può essere anche quinquennale, mentre è più lunga nei contratti vita. È un contratto **consensuale**: grazie all'accordo tra assicurato ed assicuratore. Quindi si conclude nel momento in cui c'è l'incontro della volontà delle parti. Ma attenzione è solo al momento del pagamento del premio che inizia a decorrere la garanzia assicurativa. Dalle ore 24:00 del giorno in cui si paga il premio fino alle ore 24:00 del giorno in cui scade il contratto effetto la garanzia assicurativa.

Contratto danni concluso in nome altrui

Esiste la possibilità di delega ad un'altra persona, tramite un atto chiamato **procura**, il compimento di una determinata attività. La procura può essere generale o speciale:

- nella **procura generale** si delega il compimento di tutta una serie di attività intese in senso generale;
- nella **procura speciale** si dà ad un soggetto l'incarico di rappresentanza soltanto per una determinata e specifica attività. La procura speciale conferisce un potere inferiore rispetto alla procura generale.

Esiste un articolo del Codice Civile che disciplina l'ipotesi particolare in cui il procuratore, cioè il rappresentante di un soggetto, va oltre i poteri conferiti al soggetto rappresentato arrivando perfino ad agire facendo credere di avere una procura pur non avendola. Questa è la situazione che il Codice Civile chiama ipotesi del **falsus procurator**. Chi agisce in veste di falso procuratore compiendo degli atti (ad esempio anziché comprare la casa per la quale aveva la procura il falso procuratore compra casa, giardino e terreno) questi atti non saranno validi, ed il falso procuratore sarà tenuto al risarcimento del danno ai danneggiati. Tuttavia questa **norma non si applica** nel caso di contratti assicurativi!!

Allora se un falso procuratore conclude un contratto di assicurazione andando oltre quelli che sono i poteri della procura o addirittura non avendo proprio la procura, il **contratto è valido** ed il falso procuratore è obbligato a **pagare i premi**. Se poi si verifica anche il sinistro a scapito del falso procuratore, egli non ha alcun diritto a ricevere il risarcimento del danno (perché egli non ha un rapporto economico con il bene nel momento del sinistro). A questo punto il proprietario del bene, che è anche il falso rappresentato, che -dopo essere stato messo al corrente dal falso procuratore dei fatti- potrebbe ratificare cioè acconsentire successivamente al contratto. Così sarà il proprietario del bene a ricevere il risarcimento del danno restituendo al falso procuratore i premi pagati fino a quel momento.

Vediamo un'altra situazione ora, la situazione in cui l'assicurazione è stipulata per conto altrui.

Assicurazione danni per conto altrui

A differenza della assicurazione in nome altrui qui il **contraente** manifesta sin dall'inizio all'assicuratore che potrebbe **non** essere lui al momento del verificarsi del sinistro il **titolare**, cioè il proprietario, del bene. Infatti questa assicurazione viene utilizzata per il **trasporto delle merci** oppure il **deposito nei magazzini**: il titolare potrebbe stipulare questa assicurazione che trasporta il bene ma potrebbe non avere più un rapporto economico con il bene se nel frattempo viene venduto. E' detta anche **assicurazione per conto di chi spetta**, perché il risarcimento spetterà a colui che sarà proprietario del bene nel momento del sinistro. Ovviamente i premi gravano sul contraente. Al momento del risarcimento -se il contraente dubita che il proprietario risarcito dall'assicurazione gli restituirà i premi pagati- il contraente avrà la possibilità di farsi liquidare in via prioritaria dall'assicurazione l'ammontare dei premi pagati che verrà decurtato dal risarcimento del danno.

L'importante è che io abbia presente che l'assicurazione può essere stipulata sia in nome che per conto di un'altra persona; che io abbia presente che la sottospecie del mandato della procura può

essere o generale o speciale; che io abbia anche presente che l'assicurazione può essere fatta in nome altrui dove si palesa da subito che il contraente potrebbe non essere il beneficiario al momento del sinistro.

Soggetti diversi nell'assicurazione vita

Con riferimento alle **assicurazioni sulla vita** possiamo avere anche qui **soggetti diversi**. Ad esempio il datore di lavoro può stipulare polizze assicurative contro gli infortuni sul lavoro ed il caso morte per i propri dipendenti. In questa ipotesi contraente ed assicurato sono soggetti diversi.

Eredi e beneficiario

Oppure un altro esempio è quello in cui sono tre soggetti distinti contraente assicurato e beneficiario, quest'ultimo -il beneficiario- deve essere indicato nel contratto, altrimenti la polizza verrà liquidata agli eredi. Il **diritto successorio**, cioè il diritto che stabilisce qual è la quota di ciascun parente nel percepire l'eredità, prevede a seconda delle tipologie varie situazioni ad esempio se concorre il coniuge ed il figlio, oppure il coniuge con più figli questo naturalmente cambierà le quote dell'eredità. E' anche possibile specificare i propri eredi come beneficiari nel contratto assicurativo: in questo caso gli eredi percepiranno il capitale o la rendita non sulla base delle quote stabilite dal diritto successorio perché si dice che il beneficio è fuori dalla *legittima successoria*. Quello che viene acquisito dagli eredi viene diviso per il numero degli eredi senza andare a distinguere i vari casi. Questo avviene anche se il beneficiario è un soggetto completamente al di fuori dell'asse ereditario (ad esempio il coniuge che lascia eredità alla badante piuttosto che all'amante). Quel capitale lasciato in eredità non può essere richiamato in alcun modo dal punto di vista successorio.

Approfondimento sul diritto successorio: ciascuno di noi con riferimento al proprio patrimonio da lasciare in eredità ha la così detta **quota disponibile** cioè la quota di cui può disporre liberamente, mentre figli e coniuge hanno la così detta quota di legittima, su cui non posso andare ad agire. Se viene fatto, cioè se vengono lese le quote di legittima, gli eredi ed il coniuge possono agire per ricostruire l'asse ereditario, venendo a conoscenza delle **quote di legittima** di ciascun erede: quello che resta può essere lasciato al beneficiario nominato che è fuori dall'asse ereditario. Il **diritto di collazione** (detto anche *diritto di riduzione*): stabilisce che bisogna valutare se le donazioni fatte in vita dalla persona deceduta sono nell'ambito della quota disponibile o meno. In quest'ultimo caso esse devono essere restituite ricomponendo il patrimonio del defunto e facendo le opportune suddivisioni.

Nel caso dell'assicurazione vita le **somme** che vengono **liquidate** a titolo di rendita o di capitale, grazie a designazione del terzo quale beneficiario dell'assicurazione vita, vengono acquisite per diritto proprio e **non** sono oggetto di **azione di riduzione**. Sono somme che rimangono nella disponibilità del terzo. L'unica cosa che eventualmente gli eredi possono richiedere al terzo beneficiario se ritengono di essere stati violati nella loro quota di legittima è l'ammontare dei premi pagati, poiché è uscito dal patrimonio del defunto ed è andato a diminuire la loro quota di legittima.

Assicurazione sulla vita un terzo soggetto

Ripetiamo qui che **nei rami vita** oggetto del contratto è la vita umana del contraente assicurato, ma altre volte è possibile che ci si assicuri sulla **vita di un terzo** (quindi assicurazione caso morte) quando vi sia il consenso del terzo.

Terzo beneficiario nei rami danni

Anche **nei rami danni** è possibile la designazione di un **terzo beneficiario**. Anche se è un'ipotesi un po' più difficile. Qui abbiamo un soggetto diverso dal contraente ed assicurato a cui spetterà il risarcimento. Ci può essere una **clausola di vincolo** sulla polizza stipulata in caso di danni al bene assicurato. Facciamo un esempio: in caso di mutuo in banca, questa iscrive una garanzia reale detta *ipoteca* sull'immobile fintanto che non viene estinto il mutuo. L'effetto dell'**ipoteca** si ha

nel caso di vendita in quanto l'incasso va prima di tutto a soddisfare la banca che a fianco del mutuo richiede un'assicurazione per danni alla casa conseguenti ad incendio o altro. L'assicurazione verrà fatta dal proprietario della casa il quale sarà obbligato ad inserire nel contratto assicurativo la clausola di vincolo che impone -in caso di sinistro- il **primario soddisfacimento della banca** e solo dopo quelli del proprietario. A fine mutuo si avvisa l'assicurazione che il mutuo è stato estinto e si procede alla cancellazione dell'ipoteca.

Contratto e documentazione inerente

Mentre nel **Codice Civile** si dice che il contratto di assicurazione non necessita di una forma particolare e che la forma **scritta**, la così detta *polizza*, serve **solo** ai fini probatori cioè **ai fini della prova**. Questa disposizione di legge **contrasta** con il **Codice delle assicurazioni** riformato il quale prevede che al momento della conclusione del contratto debba essere consegnato ("si parla di prova scritta") all'assicurato la copia del contratto e tutta la documentazione inerente a quel contratto (articolo 166 del Codice delle assicurazioni) e quindi l'assicurato deve essere a conoscenza di tutte le caratteristiche del prodotto che ha acquistato.

Fra la documentazione consegnata ed inerente al contratto vi è la **nota informativa** che è parte integrante del contratto e che elenca le caratteristiche del prodotto assicurativo e che contiene varie clausole del contratto. Parliamo di **clausole generali** intendendo le clausole valide per tutti i contratti che hanno determinate caratteristiche. Per esempio assicurazione danni da incendio avrà clausole generali uguali per tutti i contratti. E poi ci sono le **clausole speciali** dette anche *clausole specifiche* che riguardano il singolo contratto o la singola tipologia. Per esempio l'assicurazione danni da incendio autovettura avrà delle condizioni particolari di polizza, diverse da quelle dell'assicurazione danni da incendio casa.

Quindi alla domanda su quale forma deve avere oggi il contratto di assicurazione si dice la **forma scritta** **posto l'Art.166 del Codice delle assicurazioni**.

Tra gli altri documenti contrattuali da consegnare vi è anche l'**appendice di polizza** che è formata da ulteriori statuizioni. Dove le parti modificano le condizioni generali e speciali di polizza per specifiche esigenze del cliente.

Infine dovrebbe essere consegnato il così detto **contrassegno** il quale è il certificato di assicurazione nel caso di Responsabilità Civile Auto. Ma anche qui c'è stata una modifica col la riforma del Codice delle assicurazioni: il contrassegno è diventato elettronico e non c'è più l'obbligo di esposizione. Il controllo verrà effettuato dalla lettura della targa del veicolo o di un codice a barre.

Ci sono poi altri documenti consegnati come il **fascicolo illustrativo** e il **glossario** per spiegare in modo trasparente termini e condizioni.

Dichiarazioni dell'assicurato inesatte rese in fase precontrattuale

Il contratto che viene ad essere concluso si presenta come qualcosa di composto, ed una parte rilevante è costituita dal così detto **formulario** che è compilato dal contraente assicurato ed è inerente alle indicazioni delle caratteristiche del rischio perché più il contraente riesce a descrivere in modo preciso il rischio, più precisamente l'assicuratore avrà modo di valutare il tipo di rischio assunto. Durante la fase precontrattuale tutte le informazioni che l'assicurato dà sono molto importanti, tanto è vero che la legge disciplina che eventuali dichiarazioni non corrette oppure dichiarazioni omesse a seconda che siano state dichiarate erroneamente oppure omesse con dolo oppure con colpa grave oppure senza dolo oppure ancora senza colpa grave. Al riguardo segnaliamo l'importante articolo del Codice Civile 1892- *Dichiarazioni inesatte o reticenti con dolo o colpa grave* e 1893- *Dichiarazioni inesatte o reticenti rese senza dolo o colpa grave*.

1. Dichiarazioni rese in modo inesatto o volutamente sottaciuto con dolo o colpa grave

→ **Dopo** che si è verificato il **sinistro**. In sede di verifica del sinistro l'assicuratore viene a conoscenza che la dichiarazione è stata resa volutamente con dolo o colpa grave in

modo impreciso, e che quella dichiarazione riguardava un elemento essenziale nella individuazione corretta del rischio. Spetta all'assicuratore dimostrare il dolo e la essenzialità della dichiarazione nella determinazione dell'individuazione corretta del rischio. Questa situazione **svincola** l'assicuratore dal **risarcimento** del sinistro.

- **Prima** del verificarsi del **sinistro**. L'assicuratore ha la possibilità di **annullare** il contratto con un **termine prescrizionale** di legge di **5 anni**. Approfondimento sulla *prescrizione*: la legge riconosce la capacità di esercitare un proprio diritto, vi sono diritti imprescrittibili e diritti che devono essere esercitati entro un periodo di tempo decorso il quale il diritto si dice prescritto. I termini prescrizionali sono elencati dalla legge, e decorrono da quando è possibile far valere il proprio diritto. La prescrizione ordinaria è di 10 anni se non diversamente specificato dalla legge; in materia assicurativa i termini sono molto brevi: un anno o due anni al massimo. Nel nostro caso il termine prescrizionale è di 5 anni, ci sono quindi cinque anni di tempo per annullare un determinato contratto dopo avere scoperto che l'assicurato ha reso dichiarazioni inesatte o reticenti. Tuttavia per una tutela dell'assicurato questo termine prescrizionale è **sottoposto** ad un **termine di decadenza**: cioè l'azione di annullamento che l'assicuratore intende esercitare deve essere manifestata in un periodo di **3 mesi** a partire dal momento in cui l'assicuratore è venuto a conoscenza di quella dichiarazione.
- Se l'assicuratore dichiara di voler annullare il contratto e successivamente si verifica il sinistro egli è liberato dal pagare l'indennità e non occorrerà nemmeno che annulli il contratto.

2. Dichiarazioni rese in modo inesatto o volutamente sottaciuto senza dolo o colpa grave (quindi colpa lieve)

- **Dopo** che si è verificato il **sinistro**. L'assicuratore accortosi della inesattezza o reticenza effettuerà una **riduzione** nel risarcimento del danno proporzionalmente al **premio** che avrebbe fatto pagare se le dichiarazioni fossero state rese in modo corretto fin dall'inizio. Se l'assicuratore riesce a dimostrare che l'inesattezza o l'omissione non con dolo o colpa grave avrebbe portato a non concludere il contratto in quanto il rischio assicurabile, allora egli è liberato dal risarcimento del danno (anche se non c'è stato dolo colpa grave). E' una situazione molto particolare oltre che difficile da dimostrare per l'assicuratore.
- **Prima** del verificarsi del **sinistro**. Se l'assicuratore se ne accorge in un momento antecedente al sinistro, può dichiarare di voler recedere nel contratto dimostrando che non ci sono le condizioni per proseguire nel rapporto dal momento che le dichiarazioni rese hanno rappresentato il rischio in modo eccessivamente falso. Si permette anche qui all'assicuratore di recedere dal contratto, ma il **recesso** comincia **dopo 3 mesi**.
- A differenza del caso di **aggravamento del rischio**, cioè dell'aumento della probabilità del verificarsi del sinistro, l'assicuratore può dichiarare di voler recedere (disciplina dell'aggravamento Art 1898): a questo punto vi sono due termini diversi di efficacia del recesso:
 - recesso ha effetto **immediato** se c'è il rischio aggravato che è inassicurabile
 - recesso ha effetto dopo **15 giorni** se si ritiene di non proseguire il rapporto
 - In questa disciplina i tempi sono molto più brevi in quanto la situazione è più urgente per via della modifica delle probabilità del verificarsi del sinistro

Per curiosità vediamo la situazione limite, una situazione scoperta dal Codice Civile che è molto rara: l'assicuratore decide di recedere e quindi il recesso ha effetto dopo 3 mesi, nel frattempo si verifica il sinistro e dopo che si è verificato il sinistro all'assicuratore dimostra che c'è il rischio che se fosse stato descritto in modo corretto sin dall'inizio sarebbe stato un rischio assicurabile.

Le clausole vessatorie

Sono delle clausole che le parti inseriscono nei contratti, quindi statuizioni in che le parti inseriscono nei contratti che sono più gravose cioè onerose per una delle due parti. Il Codice Civile prevede una **disciplina molto precisa** nel momento in cui una delle due parti stabilisce una di queste clausole.

Partiamo dalle clausole del contratto che possono essere generali o speciali. L'articolo 1341 del Codice Civile prevede che i contraenti **conoscano** tutte le **clausole inserite** nel contratto. Questa **presunzione** sia anche quando il contraente usando la comune diligenza avrebbe dovuto conoscere tali clausole. Il secondo comma dell'articolo 1341 del Codice Civile elenca una serie di clausole che limitano la responsabilità, che stabiliscono una limitazione al diritto di recesso.

Le **clausole vessatorie** sono valide intanto in quanto siano specificamente **approvate per iscritto**.

1 - Quindi quando in un contratto sono inserite delle clausole vessatorie, per esempio deroga alla competenza giurisdizionale piuttosto che al diritto di recesso, queste clausole sono valide se vi è un **richiamo specifico** nel contratto e si dimostri che vi sia una doppia sottoscrizione. Cioè si deve dimostrare che è stata richiamata l'attenzione su quella clausola.

Normalmente in un contratto di assicurazione alla fine del contratto c'è un richiamo a queste clausole con una ulteriore sottoscrizione da parte di chi firma il contratto. Abbiamo appena visto la prima regola.

2 - La seconda regola è stabilita dall'articolo 1342 del Codice Civile: prevede che possano essere sempre **inserite successivamente** ulteriori **modificazioni o integrazioni** alle clausole già predisposte nei contratti che si concludono a mezzo moduli o formulari, tipo e contratti di assicurazione.

Talvolta vi è la cosiddetta **appendice di polizza** che è un ulteriore documento in cui possono essere inserite ulteriori clausole che vanno ad modificare oppure integrare quella inserita nel contratto; ma se queste ulteriori clausole possono definirsi vessatorie cioè più gravose ed onerose saranno valide solamente se ("cioè in tanto in quanto") ci sarà una specifica approvazione del contraente.

Se si **dimostra** davanti a un giudice che non c'è stata la **doppia approvazione** da parte del contraente quella **clausola** sarà **nulla** e non può quindi essere fatta valere, ma il contratto resta valido ed efficace.

A complicare questo argomento ci sono le norme del **Codice del Consumo**: il codice del consumo è un decreto legislativo del 2005, nel cui inizio c'è una definizione dei soggetti fra cui il professionista ed il consumatore. Quando si parla di un professionista all'interno del Codice del Consumo non devo avere in testa il prestatore di opera intellettuale, perché intendono riferirsi all'**imprenditore**. motivo per cui si applica il codice del consumo al contratto di assicurazione. La conseguenza è che il Codice del consumo agli articoli 33 e 34 fa riferimento allo **squilibrio fra le posizioni delle parti**.

Anche nel Codice del Consumo vi è una elencazione delle clausole vessatorie. Sono ipotesi che possiamo trovare nel contratto di assicurazione ad esempio quando si va a prevedere che il recesso possibile solo per l'impresa di assicurazione e non per il contraente, oppure quando c'è una deroga ai principi stabiliti in caso di competenza giurisdizionale. Anche qui la **clausola** è **nulla se non c'è** la dimostrazione che c'è stata una specifica **trattativa** su quella determinata clausola.

Quindi da un lato

- il Codice civile chiede la **specificata approvazione**,
- mentre il Codice del consumo chiede una **specificata trattativa**

Fatto sta che la dimostrazione deve essere quella di aver richiamato all'attenzione della parte che è stata poi accettata dalla parte contraente più debole. Secondo la disciplina del Codice del Consumo la nullità può essere fatta valere solo dal contraente oppure rilevata d'ufficio dal giudice. Se si accerta la nullità della clausola perché non c'è stata una specifica trattativa il contratto rimane valido ed efficace, ma senza la clausola onerosa.

Contratto di assicurazione e diritto di credito

Si parla della **polizza** come elemento probatorio del contratto di assicurazione che può essere emessa all'ordine o al portatore

Vediamo cosa sono i **titoli di credito**: è uno strumento verso il quale è incorporato un diritto di credito, ad esempio azioni obbligazioni cambiali ed assegni. Il legislatore per far circolare i diritti di credito ha costruito la disciplina del diritto di credito attribuendo ad un documento inizialmente cartaceo. L'incorporazione del diritto di credito.

1) Il **principio dell'incorporazione** dice che se viene ceduto il documento viene ceduto anche il diritto di credito. E' un sistema molto più rapido rispetto alla normale cessione del credito. Infatti se dovessi cedere un mio credito di €10000 nei confronti di un tizio e se sono a mia volta debitore verso Caio, senza aspettare che tizio mi paghi cedo a Caio il mio credito verso tizio che è detto debitore ceduto. Per fare questo devo fare un atto nel quale scrivo che cedo il mio credito a Caio, poi devo notificare questo documento a Tizio. Questo meccanismo comporta dei tempi e dei costi. Se invece io ho un diritto incorporato in un pezzo di carta è sufficiente che consegna il pezzo di carta per trasferire il diritto di credito, colui che è il *portatore del titolo* riscuote il credito.

Il legislatore ha utilizzato la forma del **titolo di credito al portatore** dove non viene indicato il nome di nessuno perché viene semplicemente consegnato il documento, vedi ad esempio un assegno che non indica il nome del prenditore; ma il legislatore ha anche utilizzato la forma del **titolo di credito all'ordine** in cui c'è la dicitura all'ordine di dove viene indicato il nome della persona a cui viene consegnato.

Ci sono infine i così detti **titoli nominativi** che sono ancora più complicati nel senso che hanno il nome della persona nei confronti della quale vengono messi indicato sul titolo è sul registro dell'emittente, le azioni e le obbligazioni molto spesso sono emesse nella forma nominativa piuttosto che al portatore.

Bene; il legislatore ha stabilito che **a seconda della forma utilizzata per il titolo di credito cambia la legge di circolazione**.

Nei casi di titoli di credito al portatore è sufficiente la semplice consegna del titolo affinché si trasferisca anche il diritto di credito. Nel caso di titoli di credito all'ordine c'è anche bisogno di una dichiarazione da parte di chi per primo riceve il titolo in cui viene detto a chi girare il credito. Infatti abbiamo le figure della **girante** e del **giratario**: il titolo sarà all'ordine del creditore originario il quale poi scriverà che il debitore può pagarlo a tizio apponendo la sua firma. A sua volta tizio può trasferire il documento con lo stesso sistema, avendo una serie di girate fino a che l'ultimo che si ritrova il documento in mano va dal debitore e gli chiede la prestazione.

Tralasciamo la normativa del trasferimento dei titoli nominativi perché è molto laboriosa.

2) Quando parliamo di titoli di credito, oltre al principio dell'incorporazione, c'è il **principio della letteralità** per cui tutto quello che c'è scritto sul documento costituisce il contenuto nel contratto. Ad esempio se sul sulla cambiale c'è scritto che tizio mi deve €10000 con scadenza nel 2017, così sarà, ed il diritto scadrà nel 2017. Letteralità vuol dire che il contenuto è determinato da quanto è scritto nel documento.

3) Il terzo principio fondamentale che ha indubbiamente favorito lo sviluppo dei titoli di credito è il **principio della autonomia** ossia quando io ho trasferito il credito a Tizio e Tizio lo ha trasferito a Caio e Caio a Sempronio, tutti questi trasferimenti avvengono a titolo originario. termine che si contrappone a titolo derivativo e che ha una importanza fondamentale. Perché se il **trasferimento** avviene a **titolo originale** vuol dire che c'è una totale autonomia nei vari trasferimenti. Cioè il debitore non può sollevare eccezioni che potevano essere sollevate a coloro che avevano posseduto il titolo precedentemente. Se invece il trasferimento avviene a titolo derivativo, allora non c'è questa autonomia e quindi alla fine il debitore può sollevare delle eccezioni nei confronti di chi ha preceduto il creditore che è andato a riscuotere il credito.

Tutto questo per dire che la **polizza** di assicurazione è **emessa nella forma all'ordine oppure al portatore**, forme molto utilizzate nell' assicurazione ramo danni e che hanno per oggetto cose che, fra il momento in cui si stipula la polizza ed il momento in cui si verifica il sinistro, possono essere in possesso ad altri soggetti perché magari vendute. Ad esempio le merci presso i magazzini oppure cose trasportate che vengono vendute, allora si trasferiscono i beni ed assieme a loro si trasferisce anche la polizza che copre eventuali danneggiamenti.

- se la polizza è **al portatore** basterà che se consegna la polizza,
- se invece è una polizza emessa **all'ordine** si dovrà fare anche la così detta **girata** indicando il nuovo titolare.

Ad esempio se c'è l'assicurazione relativa a delle merci che vengono trasportate ed avviene un sinistro l'assicuratore potrà sollevare tutte le eccezioni che potevano essere sollevate dai precedenti portatori della polizza al portatore che ha subito la girata per ultimo, come ad esempio il mancato pagamento del premio da parte del contraente oppure potrà sollevare il dubbio che la polizza sia stata rubata se vi sono i requisiti.

Sintesi:

- La polizza **al portatore** in sintesi ha in parte le caratteristiche dei titoli di credito per quanto riguarda il principio dell'incorporazione, ma gli effetti sono quelli della cessione del titolo di credito, non essendoci nei vari passaggi una autonomia data la possibilità di sollevare le eccezioni.
- La polizza **all'ordine** è considerato un **titolo di credito improprio** perché ha alcune caratteristiche dei titoli di credito ma non tutte come per esempio l'autonomia.

Obbligazione principale del contraente

La obbligazione principale del contraente è quella **di pagare** il premio. Solo al momento del pagamento del premio il decorso della garanzia assicurativa. Noi parliamo di **premio di tariffa** intendendo un premio lordo perché considerato nel suo insieme. Il premio lordo si compone da **premio netto** detto anche **premio puro**, calcolato probabilisticamente sulla base del rischio, a cui si aggiungono le **spese di caricamento** cioè le spese necessarie per la contabilizzazione del contratto. Ma che potrebbero contenere anche le spese relative alla distribuzione del prodotto. Normalmente il premio di tariffa rimane invariato nel corso del rapporto contrattuale a meno che non sia esplicitamente previsto che ci sia una indicizzazione del premio, con conseguente indicizzazione del risarcimento. Il premio deve essere versato **anticipatamente** ovviamente. Parliamo di premio unico quando le parti stabiliscono che vi sia il pagamento del premio in un'unica soluzione, è tipico questo delle assicurazioni vita. Ma possiamo anche parlare di rata di premio se il premio è suddiviso. L'obbligo di pagare il premio spettando a chi è definito tecnicamente come contraente, che può coincidere o meno con l'assicurato.

Se il premio non viene pagato

In caso di mancato pagamento del premio la situazione va distinta fra assicurazione danni ad assicurazione vita.

A) Nel caso di mancato pagamento del premio dell'assicurazione danni

- ✓ **mancato pagamento del primo premio**: non c'è la ricorrenza della garanzia assicurativa, sebbene il contratto è concluso quindi è sorto l'**obbligo di pagare il premio**. Quindi l'assicurazione può richiederglielo. *“Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.”* (Art. 1901).

- ✓ **mancato pagamento dei premi successivi** al primo: se per esempio non viene pagato il quarto premio, allora c'è un periodo di **tolleranza di 15 giorni**: se si verifica un sinistro in questi 15 giorni l'assicuratore pagherà il risarcimento, perché sarà assicurato a correre all'assicurazione per pagare il premio e quindi essere risarcito.

“Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza” (Art. 1901).

Decorsi i 15 giorni non c'è più la copertura assicurativa. Guardando la disciplina all'articolo 1901 del Codice Civile leggiamo che l'assicuratore per poter riscuotere il premio o la rata del premio e salvare gli effetti del contratto, deve agire entro **6 mesi** nei confronti dell'assicurato che non ha pagato il premio. I sei mesi decorrono dal giorno del mancato pagamento del premio o della rata del premio. Se l'assicuratore non agisce entro sei mesi, allo scadere del sesto mese il contratto si risolve di diritto.

“Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso [1918 ss.], e al rimborso delle spese” (art. 1901).

Questo **termine** di sei mesi è posto a **tutela dell'assicuratore** al fine di evitare che ci sia lo scioglimento del rapporto e che vi sia il contestuale pagamento del premio per il periodo in corso, da intendersi come lasso di tempo al quale le parti hanno rapportato.

Decorsi i 6 mesi dicevamo che il contratto è sciolto, ma la legge prevede un **ulteriore** periodo di tempo di **6 mesi** entro il quale l'assicuratore può agire per ottenere il solo pagamento del premio, posto che è stato fermo per 6 mesi. Nella norma non trovo esattamente questo 6+6, ma una cosa analoga, ossia che il *diritto alla riscossione del premio* si prescrive in 1 anno e che decorsi 6 mesi dalla scadenza del pagamento del premio non pagato, il contratto si risolve di diritto.

Vediamo cosa vuol dire **agire nei confronti dell'assicurato entro i 6 mesi** per evitare la risoluzione di diritto, quindi per tenere in vita il contratto: ciò non significa mandare una semplice raccomandata con ricevuta e ritorno oppure una pec, ma significa agire da un punto di vista giudiziale (cioè relativo all'ambito amministrativo della giustizia). Ossia vuol dire **fare un atto di citazione**, che verrà notificato ad un soggetto il giorno in cui dovrà presentarsi in tribunale perché chiamato in causa. Mentre per le procedure per le quali è previsto come atto introduttivo del giudizio il ricorso, la procedura giuridica è diversa. Viene fatto ricorso, viene depositato il ricorso presso il tribunale e viene emanato un provvedimento da parte del giudice in cui si dice dove quando il soggetto dovrà presentarsi. Entro 6 mesi deve essere notificato al contraente.

Vediamo uno schema riassuntivo

Scadenza premio + 15 giorni + assicuratore deve agire entro 6 mesi per tenere contratto in vita + 6 mesi entro cui assicuratore può fare atto citazione per avere il premio dovuto.

21/04/2016

Riassunto del mancato pagamento del primo premio o dei premi successivi in Assicurazioni danni

1. **mancato pagamento del primo premio** : abbiamo già visto che se non viene pagato il primo premio la garanzia assicurativa non inizia a decorrere e dunque non c'è copertura, tanto è vero che si dice che il contratto è comunque concluso e che l'obbligazione di pagare il premio sorge in capo al contraente- assicurato, ma non essendo pagato il premio non c'è copertura. In caso di mancato pagamento del primo premio e di verificarsi di sinistro nulla viene risarcito all'assicurato.

2. **mancato pagamento dei premi successivi** al primo: in caso di mancato pagamento dei premi successivi al primo, sappiamo già che l'assicuratore ha la possibilità di agire nei confronti del contraente entro 1 anno da quando è stato concluso il contratto per esigere il pagamento del premio. Aggiungiamo che c'è un periodo di tolleranza di 15 giorni durante i quali l'assicurazione copre il rischio. Decorso i 15 giorni c'è un periodo di sospensione della copertura assicurativa. E a questo punto come abbiamo già visto l'assicuratore ha l'onere di agire entro 6 mesi per ottenere il pagamento dei premi e soprattutto per evitare lo scioglimento del contratto, cioè la risoluzione di diritto. Nel caso in cui l'assicuratore sia inerte e ritenga di non agire, egli avrà ulteriori 6 mesi per richiedere solamente il pagamento del premio, perché il diritto si prescrive entro 1 anno.

B) Mancato pagamento del primo premio o dei premi successivi in assicurazione vita

Nella ramo vita le cose saranno diverse in quanto la funzione del contratto assicurazione vita è una funzione **previdenziale**, riguarda cioè il complesso di istituti e attività, gestiti e svolti direttamente dallo Stato o da organismi autorizzati che hanno per obiettivo quello di assicurare ai cittadini la possibilità di far fronte a particolari situazioni di necessità (infortunio, malattia, invalidità, disoccupazione involontaria ecc.), o i mezzi necessari di sussistenza al termine della vita lavorativa (pensioni di anzianità e di vecchiaia).

- ✓ **mancato pagamento del primo premio:** se non viene pagato il primo premio non c'è la garanzia assicurativa ed il mancato pagamento del premio comporta la **risoluzione di diritto**, dopo un periodo di decorrenza di circa **20 giorni**.
- ✓ **mancato pagamento dei premi successivi** al primo: e **se si è già costituita la riserva tecnica**, che di solito si costituisce nelle prime tre annualità, bisognerà distinguere in base al tipo di contratto:
 - se il contratto è un contratto **caso morte a vita intera**, allora l'assicuratore potrà esercitare il **diritto di riscatto**.
 - se il contratto è un contratto **caso sopravvivenza**, allora il rimane in uno *stato di quiescenza* e si dovrà attendere la fine del contratto per verificare che il contraente sia ancora in vita. Se ciò viene l'assicuratore **liquiderà una somma assicurativa proporzionalmente ridotta ai premi pagati**.

Diritto di riscatto

La disciplina delle assicurazioni vita prevede che sia sempre possibile esercitare il diritto di riscatto:

- ❖ nel caso dell'assicurazione **caso morte a vita intera** oppure **assicurazione mista** l'**evento è certo**, ma incerto solo nel momento. L'assicurazione che ha per oggetto un evento certo ammette sempre la possibilità di riscattare dall'assicuratore che ha sempre in evidenza quello che è il **valore di riscatto** ossia quella che sarebbe la somma da liquidare se in quel momento avvenisse la morte. Quindi l'assicurato che ha stipulato questo contratto e che non intende più pagare i premi comunica all'assicuratore che intende esercitare il proprio diritto di riscatto facendosi **liquidare le somme** fino a quel momento **maturate**, facendo così sciogliere il contratto.
- ❖ nella assicurazione **temporanea caso morte** e **caso sopravvivenza**, assicurazioni in cui l'**evento**, sopravvivenza e morte rispettivamente, è **incerto**, le cose saranno diverse: è concesso il non pagare più il premio, però l'assicuratore liquiderà la somma **ridotta proporzionalmente** ai premi pagati ma solo al momento della scadenza momento in cui si verificherà l'evento del contratto. (l'idea è che l'assicurazione non può liquidare in anticipo qualcosa che non è detto che si verificherà).

Abbiamo già visto la differenza fra onere ed obbligo quindi possiamo vedere gli obblighi del contraente. L'assicurato ha l'onere di comunicare la diminuzione del rischio e l'obbligo di comunicare all'assicuratore l'aggravamento del rischio

Obblighi del contraente-assicurato nel caso di assicurazione danni

- obbligo di comunicare all'assicuratore l'aggravamento del rischio
- obbligo di avviso
- obbligo di salvataggio

Obbligo di avviso

L'obbligo di avviso è stabilito come l'obbligo di comunicare **entro 3 giorni** dal verificarsi del sinistro o da quando il soggetto ha avuto conoscenza del verificarsi del sinistro, di comunicare il sinistro all'assicurazione. Questi tre giorni non sono un termine perentorio cioè scaduti 3 giorni se il termine fosse perentorio non si potrebbe fare più nulla, invece è un **termine ordinatorio** quindi scaduti i tre giorni si può sempre fare la denuncia del sinistro però bisogna essere consapevoli delle conseguenze del ritardo, poiché la denuncia del sinistro ha la funzione di permettere l'assicuratore di intervenire nelle così dette operazioni di salvataggio.

Se il ritardo è stato fatto:

- con **dolo**, allora l'assicurato **perde** il diritto al **risarcimento**.
- con **colpa grave**, allora eventualmente il **risarcimento** potrebbe essere **ridotto proporzionalmente al pregiudizio** che l'assicuratore ha ottenuto avendo avuto **notizia** del sinistro in **ritardo**. Il pregiudizio arrecato è che se l'assicuratore avesse saputo prima del sinistro avrebbe potuto intervenire limitando le conseguenze dannose. Ad esempio l'assicurazione della nave Costa Concordia la quale aveva tutto l'interesse ad intervenire in tempo per limitare le conseguenze dannose.

Obbligo di salvataggio

L'articolo **2043** del Codice Civile impone che **chiunque arrechi un danno ingiusto deve risarcirlo**. Vediamo come l'**assicurazione della responsabilità civile** è collegata all'obbligo di salvataggio. Facendo rientrare il comportamento dell'assicurato che cerca di limitare le conseguenze dannose nell'obbligo di salvataggio, allora tutto ciò che lui fa e le spese che incontra saranno sostenute dall'assicurazione per via dell'articolo 1914. Se le spese non rientrano nell'obbligo di salvataggio, perché vi è comunque il dovere di non ledere nessuno e quindi di limitare la lesione, queste **spese** non sono **a carico** dell'assicuratore ma di **colui che ha provocato il danno**. Pensiamo ad esempio al proprietario di un terreno con parecchi alberi che a causa del cattivo tempo vengono abbattuti su una strada pubblica, per gli eventuali danni alla strada pubblica risponderà il proprietario del terreno; gli altri alberi pericolanti ma non abbattuti ma che potrebbero abbattersi sulla pubblica via andranno abbattuti per limitare le conseguenze dannose e per questo sono rientranti nell'obbligo di salvataggio secondo la dottrina giurisprudenziale.

Queste **operazioni di salvataggio** sono imposte come dovere sia all'assicuratore che all'assicurato (articolo 1914). C'è l'**obbligo di prevenire le conseguenze dannose**:

- l'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.
- nel caso in cui l'assicurato venga meno a questo **obbligo di effettuare operazioni di salvataggio** cioè non intervenga per limitare le conseguenze dannose si andrà incontro al mancato risarcimento. Ad esempio se lascio l'auto aperta e quando ritorno non c'è più, io sono venuto meno all'obbligo di salvataggio perché l'obbligo di salvataggio consisteva nel **prevenire e limitare i danni**.
- è inoltre previsto che le eventuali spese di salvataggio siano **sostenute comunque dall'assicuratore**, anche qualora le spese assieme al danno superassero la somma

assicurata. C'è però un **limite** a questa norma: cioè non sono a carico dell'assicuratore quelle spese di salvataggio fatte in **maniera sconsiderata**, cioè in modo sproporzionato sia per l'entità che per la misura. Ad esempio se sono seduto alla scrivania e noto che sta prendendo fuoco una carta nel posacenere e prendo l'estintore cominciando a spruzzare dappertutto la schiuma compresi i mobili e computer rovinando così arredi e computer, allora non verranno pagati i danni conseguenti all'uso dell'estintore. Diverso sarebbe il caso se fossero andate a fuoco le tende perché sarebbe stato molto probabile che l'incendio si sarebbe propagato. In questo caso sono risarcite dall'assicurazione i danni causati dall'utilizzo dell'estintore in tutta la stanza.

Obblighi dell'assicuratore nel caso di assicurazione danni

- **diritto di surroga** (non è un obbligo)
- predisporre l'**organizzazione tecnico giuridica finanziaria** per la contabilizzazione dei contratti
- **liquidazione delle indennità** o dell'indennizzo, dopo aver accertato il danno attraverso la formula che permette di valutare il **valore finale del bene**, cioè il valore che il bene aveva un momento prima del verificarsi del sinistro, confrontandolo con il **valore residuo del bene**, cioè il valore del bene dopo il sinistro: sottraendo il valore finale dal valore residuo si ottiene il valore risarcibile.

Vediamo meglio questo terzo punto.

Liquidazione delle indennità

A volte si verificano delle **controversie sull'ammontare del danno**. Ci sono delle controversie relative alle modalità delle condizioni con cui si è verificato il danno. Esse si possono risolvere in diversi modi:

- con **accertamenti giudiziari** cioè davanti ad un giudice ordinario. Tuttavia certe volte ci sono delle clausole contrattuali che attribuiscono a dei periti la determinazione dell'ammontare esatto del danno.
- diversa è l'ipotesi in cui bisogna **verificare** quali sono le **condizioni** in cui si è verificato il **sinistro** e se quelle condizioni erano **coperte dalla garanzia** assicurativa: in questo caso si utilizza invece l'**arbitrato**. L'assicurazione da un lato nomina un proprio arbitro, l'assicurato nomina il proprio arbitro e poi i due arbitri così nominati ne nominano un terzo, questo **collegio arbitrale** avrà il compito di valutare se, alla luce delle condizioni indicate nel contratto, le modalità con cui si è verificato il sinistro rientrano o meno nella copertura assicurativa.

Limiti del risarcimento

Clausole di franchigia

Le parti possono anche inserire nella stipula clausole c.d. di franchigia semplice, con le quali è pattuito l'esonero dall'obbligo di pagamento fino ad una certa soglia, ovvero clausole c.d. di franchigia assoluta, con cui si stabilisce un abbattimento fisso in ogni caso.

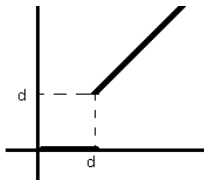
Il motivo per cui vengono inserite queste previsioni nel contratto assicurativo è che permettono di **rendere l'assicurato più responsabile nella causazione** di eventuali **sinistri** oltre a **permettere di non far sostenere all'assicurazione le liquidazioni di modica cifra**:

- ✓ queste clausole stabiliscono che al di sopra di una determinata cifra sarà operante la garanzia assicurativa, è questo il caso della **franchigia semplice**. Se la franchigia è ad esempio di €500 tutti i danni al di sotto di questo importo non verranno liquidati dall'assicurazione, ma verranno direttamente sostenute dall'assicurato, dunque l'assicurazione risarcisce i danni da €500 in su per intero.

“Franchigia relativa” in appunti di Matematica danni.

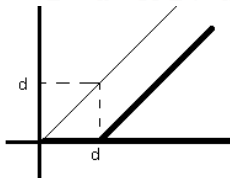
Y = risarcimento dell'assicuratore

$$Y = \begin{cases} 0 & \text{se } Z \leq d \\ Z & \text{se } Z > d \end{cases} \quad (\text{risarcimento in forma integrale})$$



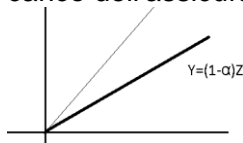
- ✓ se viene inserita la **franchigia assoluta** la previsione è che i danni inferiori a €500 verranno sempre sostenuti dall'assicurato, in caso di €900 comunque i €500 rimangono a carico dell'assicurato e l'assicurazione **paga la differenza tra l'importo e la franchigia** cioè €400.

$$Y = \begin{cases} 0 & \text{se } Z \leq d \\ Z - d & \text{se } Z > d \end{cases} = \max(0, Z - d)$$



Scoperto obbligatorio

- ✓ altra clausola che viene inserita è il così detto **scoperto obbligatorio** dove, soprattutto nelle polizze di responsabilità civile, c'è la previsione che una parte del rischio rimane a carico dell'assicurato (per esempio il 10% del danno rimane a suo carico)



Liquidazione e svalutazione degli interessi legali

Un'altra questione è se la liquidazione dell'indennità debba o meno tener conto della svalutazione e degli interessi legali, cioè del costo del denaro, **interessi che dovrebbe pagare l'assicurazione**.

Il **debito di valore** è il debito che prevede la rivalutazione della somma da liquidare, mentre il **debito di valuta** è il debito che considera solo il costo del denaro e che considera quindi solo gli interessi. Per cui nel caso in cui io abbia subito il danneggiamento di un bene, allora il valore di quel bene deve tenere conto della rivalutazione e quindi quello è un debito di valore, cioè si considera se il bene ha perso o guadagnato valore nel tempo. Nel momento in cui è stato calcolato il valore del bene attraverso il debito di valore, se l'assicurazione ritarda il pagamento allora dovrà pagare anche gli interessi.

Un discorso diverso viene fatto nella **assicurazione di responsabilità civile auto** perché si va innanzitutto a vedere il danno causato alle cose e il danno causato alle persone:

- nel caso del **danno causato alle cose**: **non** si tiene conto della **rivalutazione**, a meno che non vi sia una prova specifica del danneggiato che dimostri di essere una persona che nel caso in cui il bene non fosse stato danneggiato lo avrebbe utilizzato in modo redditizio. Qui si tiene conto anche della eventuale svalutazione che il danneggiamento ha provocato.
- nel caso del **danno causato alle persone**: c'è l'eventuale valutazione **solo degli interessi dovuti al ritardo**. Qui però si tiene conto di molte altre cose tra cui il **mancato guadagno**, i

danni fisici attraverso la valutazione del medico legale, i danni fisici dal punto di vista dell'**invalidità temporanea** che sarà **assoluta** per il periodo di degenza ospedaliera che poi diventerà **temporanea** (tipo al 50% o 60%), al termine della quale, dopo la fisioterapia, verrà effettuata una valutazione da parte del medico legale il quale capirà se l'integrità fisica è stata in qualche modo ridotta. In caso affermativo ci sarà una **invalidità permanente** che viene poi monetizzata sulla base di alcune tabelle in funzione delle lesioni e dell'età. Qui non vi è tanto un problema di rivalutazione quanto di eventuale ritardo nella liquidazione del risarcimento (ci ritorneremo parlando di assicurazione responsabilità civile auto).

26/04/2016

Surroga dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato nei confronti del terzo

Ci sono delle situazioni nelle quali l'assicurato viene ad essere danneggiato ed è possibile trovare un **responsabile del danneggiamento**. Ad esempio se l'incendio della casa è doloso, oppure avviene per negligenza dell'assicurato, poiché il soggetto è assicurato avrà il risarcimento dalla propria assicurazione, ma avrà anche la possibilità di agire contro con colui che dolosamente o colposamente ha provocato il danno. Così facendo però egli potrebbe ottenere un **doppio risarcimento**. Ciò non è tollerato dal Codice Civile. Infatti l'Articolo 1916 del Codice Civile prevede che *"l'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici."* (Articolo 1916)

Supponiamo che l'assicuratore abbia pagato l'assicurato ed abbia manifestato di voler agire nei confronti del terzo che ha provocato il danno, cioè ha dichiarato di volersi surrogare. E' previsto che il danneggiato **non deve arrecare pregiudizio** alle ragioni dell'assicuratore. E quindi **vietato** per l'assicurato l'accordo con colui che ha provocato il danno attraverso un accordo detto **accordo conciliativo** o **transattivo** il quale prevede che nulla è più dovuto tra le parti in conseguenza dell'evento. Il motivo per cui c'è questo divieto di accordo transattivo è che l'assicuratore assume la stessa posizione che aveva l'assicurato e quindi gli possono venire opposte tutte le eccezioni che potevano essere sollevate al danno. L'assicurato deve quindi avere un comportamento diligente. Altrimenti, se l'assicurato arreca pregiudizio all'assicuratore ne risponderà l'assicurato stesso. Ad esempio in caso di danno alla persona tipo l'ipotesi di infortunio: se l'infortunio occorso al soggetto assicurato è determinato da una responsabilità di terzi, l'assicuratore pagherà i danni corrispondenti all'infortunio occorso al proprio assicurato, salvo poi sostituirsi all'assicurato nei confronti del terzo responsabile del danno.

Surroga nel caso di danno biologico

Il così detto *danno biologico* o *danno morale* non può **mai essere oggetto del diritto di surroga**, perché l'assicuratore non risarcisce mai anche il danno biologico.

Assicurazioni obbligatorie ed obbligo a contrarre

Dobbiamo ricordare che l'assicurazione di **responsabilità civile auto** non è l'unica obbligatoria, infatti anche i soggetti che vogliono esercitare l'attività di intermediario come broker ed agenti hanno l'obbligo di stipulare una polizza di **responsabilità civile professionale** obbligatoria; un'altra è l'assicurazione per il **trasporto degli idrocarburi** che copre i danni eventuali da inquinamento qualora ci fosse una fuoriuscita, oppure ancora coloro che vogliono esercitare l'**attività di caccia** devono sottoscrivere una polizza di responsabilità civile così come ancora un'assicurazione per **attività sportive pericolose**.

Obbligo dell'assicuratore a contrarre

A fronte dell'obbligo alla stipula di un contratto di assicurazione per le attività sopra descritte corrisponde l'obbligo per l'assicuratore a concludere il contratto: cioè l'assicuratore ha un *obbligo a contrarre* anche se **con** una certa **discrezionalità**. Ad esempio in presenza di motivi gravi e

particolari può rifiutarsi. Senza però arrivare all'elusione dell'obbligo di contrarre solo poiché il cliente è "scomodo".

Assicurazione infortuni e malattie (danni)

Qui non ci possono essere delle predeterminazioni per l'ammontare del danno conseguente l'infortunio o la malattia. Esistono delle tabelle che quantificano il danno alla persona sulla base dell'età e dell'invalidità. Ad esempio se mi rompo una gamba avrò un periodo di *invalidità assoluta* durante il quale sarò a letto in ospedale. Al termine del quale il medico legale valuterà se ci saranno delle lesioni permanenti all'integrità psicofisica. Cioè se ci saranno postumi permanenti. Il risarcimento che potrò ottenere, al netto della franchigia, sarà proporzionale al premio pagato ed al *massimale* di polizza, definito come importo massimo risarcibile se si subisce un danno che porta l'invalidità al 100%.

Anche la morte può essere considerato un infortunio estremo, aggiungendolo alla polizza infortuni e malattia, e le potrà essere attribuito un corrispondente valore che sarà l'indennità da liquidare in caso morte dell'assicurato.

Assicurazione assistenza medica (IV ramo - ass. danni)

L'assicurazione assistenza medica è una particolare forma assicurativa che va a garantire l'assistenza medica necessaria per una determinata persona. Se si va a stipulare un contratto di assicurazione per assistenza medica ci sarà una visita medica **preliminare** per accertare lo stato di salute. Inoltre per questo tipo di contratto è sempre previsto un periodo detto **periodo di carenza** che può essere di sei mesi o più. Esso è un periodo di differimento dal pagamento del premio, dunque stipula del contratto ed inizio della copertura assicurativa. Il motivo è tranquillizzare l'assicuratore su alcune situazioni circa assicurato tipo quella di sapere che di lì a poco tempo dovrà affrontare notevoli spese mediche.

Assicurazione della responsabilità civile

L'assicurazione della responsabilità civile è disciplinata dall'articolo 1917 del Codice Civile, il quale ha dato luogo a molti contrasti a causa della possibilità di questa fattispecie di manifestarsi in modi diversi.

In sintesi attraverso l'assicurazione di responsabilità civile si vuole tutelare il patrimonio dell'assicurato, dal sorgere di un debito di responsabilità; di conseguenza l'assicurato ha gli strumenti per soddisfare il soggetto danneggiato o soddisfarlo direttamente evitando che il patrimonio dell'assicurato possa ridursi a causa del debito sorto.

Di norma l'assicurazione è stipulata da soggetti esposti al rischio di dover rispondere con la propria condotta, come ad esempio alcuni professionisti.

L'assicurazione della responsabilità civile è una **assicurazione del patrimonio**, quindi ciò che è coperto da garanzia è il patrimonio dell'assicurato. La garanzia è quella di _____.

L'assicurazione della responsabilità civile copre le diminuzioni patrimoniali dell'assicurato che con il proprio comportamento ha causato un danno ingiusto nei confronti di soggetti terzi.

Questo tipo di assicurazione **copre** sia le **conseguenze dannose** di un atto **illecito extra contrattuale** sia le conseguenze dannose **derivanti** da un **illecito contrattuale**. Una situazione di **illecito extracontrattuale**, cioè l'*illecito aquiliano*, è ad esempio una situazione in cui l'assicurato apre la finestra facendo cadere per sbaglio un vaso di fiori o su un'auto o sulla testa di un passante, egli è comunque responsabile civile per il danno cagionato. Oltre a questa fattispecie dicevamo che la garanzia **copre** anche gli **obblighi contrattuali** dell'assicurato, quindi l'eventuale inadempimento ad un contratto che abbia portato ad un danno.

Vediamo ora la parte dell'articolo "**per i fatti avvenuti durante il periodo contrattuale**":

nell'esempio del vaso di fiori era facile capire se le conseguenze dannose sono avvenute nel periodo contrattuale, ma non è sempre così. Pensiamo ad esempio ad un medico chirurgo che eseguendo un'operazione apparentemente ben riuscita e senza postumi, che a distanza di molto tempo provochi, a causa di una sua imperizia, un malattia al paziente. Oppure pensiamo ad una

fabbrica che non ha curato a sufficienza l'impianto di depurazione così che il materiale inquinato è fuoriuscito nel torrente inquinando una parte del mare. Nell'ultimo esempio i primi ad essere danneggiati saranno i pescatori, poi magari il proprietario della spiaggia dove i bagnanti andavano al mare. La morale è che gli stessi danni si possono manifestare in periodi diversi. Va dunque specificato bene che cosa si intende con la parola "Fatti accaduti nel periodo assicurativo", perché può riferirsi al periodo nel quale il **comportamento** dell'assicurato ha dato luogo alle conseguenze dannose, oppure alla manifestazione delle **conseguenze dannose**. Per cercare di fare chiarezza le compagnie di assicurazione hanno da tempo **inserito due clausole** che derivano dall'esperienza anglosassone :

- **claims made** tradotto con "*a richiesta fatta*" : tiene conto dei **risarcimenti danni** che sono stati richiesti per la prima volta durante il periodo della assicurazione ma che sono conseguenza di **comportamenti che si sono tenuti prima della conclusione del contratto**. Ad esempio un medico che si assicura dopo aver fatto un intervento, durante il periodo assicurativo interviene la richiesta danni del paziente: si va allora vedere se sul contratto assicurativo c'è la clausola claims made che risarcisce anche le richieste danni avvenute a seguito di azioni effettuate prima della stipula del contratto con risarcimento pervenuta nel periodo di copertura. Normalmente la clausola claims made prevede una **delimitazione temporale di retroattività**. Alcune volte è successo che la Corte di Cassazione ha riconosciuto questa clausola come vessatoria perché delimita la responsabilità dell'assicuratore e non essendo stata esplicitamente sottoscritta è nulla.
- **Loss occurrence**: questa clausola ha la **finalità opposta** ovvero sia i comportamenti che si sono tenuti durante il periodo dell'assicurazione per i quali le **manifestazioni dannose si sono avverate successivamente alla conclusione del periodo assicurativo**. Possono comunque essere coperti dalla garanzia assicurativa nel momento in cui la richiesta di risarcimento danni avvenga dopo la scadenza del contratto **entro un determinato periodo** di tempo. Oppure nel caso si siano manifestati più danni a più soggetti diversi, è sufficiente che vi sia la richiesta da parte del primo soggetto che ha subito il danno nei confronti dell'assicurato danneggiante affinché anche le altre richieste di risarcimento danni siano coperte dalla assicurazione anche se e se vengono dopo la scadenza del contratto.

Queste due clausole sono **specificamente inserite dall'assicuratore** e sono oggetto di una validazione da parte dell'assicuratore in termini di determinazione del premio , il **premio sarà maggiorato per la clausola claims made**, comunque bisogna verificare volta per volta che non vi siano i presupposti per considerare la clausola come vessatoria.

Obbligo di salvataggio

Richiamiamo qui anche il così detto *obbligo di salvataggio* che consiste nell'obbligo di prevenire o limitare le conseguenze dannose. La giurisprudenza fa rientrare nell'obbligo di salvataggio tutte quelle attività per cercare di limitare le conseguenze dannose del sinistro. Ad esempio un albero pericolante che sta sul mio terreno è possibile causa di danni a terzi. Se lo taglio questa spesa è a carico dell'assicuratore.

Tuttavia ci sono autori che ritengono che l'obbligo di salvataggio consista nel resistere alle richieste risarcitorie. Ciò pone il problema che le spese eventualmente sostenute per resistere nel giudizio potrebbero essere in parte sostenute dall'impresa di assicurazione perché rientranti nell'obbligo di salvataggio configurato nella responsabilità civile come obbligo di resistere alle richieste risarcitorie.

Azione del terzo danneggiato nei confronti dell'assicurato

L'assicurato gli richiederà il risarcimento del danno tramite magari una **raccomandata con ricevuta di ritorno**, se non lo risarcisce l'assicurato verrà citato in giudizio.

Il **danneggiato**, anche se è a conoscenza che il danneggiante è assicurato, non può in nessun modo direttamente di essere pagato direttamente dall'assicuratore. Perché **non ha una azione diretta verso l'assicurazione del responsabile civile**. Questo comportamento lo può fare solo

l'assicurato. Ad esempio il paziente che chiami in causa il chirurgo non può chiamare in causa l'assicurazione del chirurgo perché spetta al chirurgo stesso. Tutto è **sottoposto alla volontà dell'assicurato**. Il danneggiante può quindi chiedere l'assicurazione di pagare direttamente il danneggiato, ma lo ribadisco questa è un'attività sottoposta alla decisione dell'assicurato. Questo vale per tutte le assicurazioni della responsabilità civile.

Quanto appena detto viene **esplicitamente derogato** per l'**assicurazione di responsabilità civile auto**; viene detto infatti che il danneggiato può agire nei confronti dell'assicurazione del responsabile, cioè non c'entra nulla con l'indennizzo diretto.

03/05/16

Assicurazione responsabilità civile auto

Abbiamo visto che gli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni definiscono il cosiddetto **danno biologico** cioè una lesione all'integrità psicofisica che sei conseguente ad un sinistro causato dalla circolazione dei veicoli a motore. Quale è il problema? Il problema è che queste lesioni devono essere accertabili attraverso strumenti medici.

La **disciplina** prevede la quantificazione del danno in misura diversa a seconda che questa sia al di **sotto dei 10 punti di invalidità** che vengono definite **lesioni di lieve entità**, mentre le lesioni fra 10 e 100 punti di invalidità sono chiamate **lesioni di non lieve entità**.

Il terzo trasportato ha sempre il diritto ad essere risarcito dall'assicurazione dell'autovettura su cui è trasportato a prescindere dalla responsabilità o meno del conducente, poi la sua assicurazione si rivarrà sull'assicurazione del responsabile.

Un ruolo molto importante ce l'hanno i **periti** perché sono coloro che accertano i danni alle cose, anche i medici legali sono periti. E' richiesto loro il requisito dell'onorabilità per essere iscritti all'albo dei periti dell'Ivass.

È lasciata al giudice una certa discrezionalità nel liquidare il danno, perché la legge riconosce che in presenza di determinate situazioni il giudice possa aumentare o diminuire il risarcimento del danno in una certa percentuale. Così come è sempre possibile durante l'eventuale giudizio che il danneggiato chieda una cosiddetta **provvisoria** cioè un anticipo nella liquidazione definitiva.

Recentemente è stata istituita la **banca dati dei testimoni** in aggiunta alla già esistente banca dati dei sinistri ed infine una banca dati danneggiati. Riguardo i testimoni specifichiamo che coloro che non sono stati indicati come testimoni presente momento del sinistro non possono essere chiamati a testimoniare in seguito, ciò provoca un grave pregiudizio per gli onesti.

Abbiamo già visto che essendo l'**assicurazione responsabilità dei veicoli a motore** un'assicurazione che **ha una funzione sociale**, si è voluto prevedere esplicitamente un'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicurazione nella finalità di tutelare i terzi danneggiati. Mentre nell'assicurazione di responsabilità civile in genere non c'è questa azione diretta perché l'unica cosa che può fare il danneggiato, qualora non voglia sborsare lui i soldi, è segnalare alla sua assicurazione che paghi direttamente il danneggiato. Nella responsabilità civile auto invece c'è l' **Articolo 144** del Codice delle assicurazioni che invece riconosce l'azione diretta nei confronti dell'assicurazione del responsabile. Questo articolo riprende una **legge del 1969**, aggiornandola ed introducendo la **procedura di indennizzo diretto** voluta per limitare tempi e costi della procedura di risarcimento e per ridurre il fenomeno delle frodi. Questa procedura prevede che il conducente del veicolo che viene ad essere coinvolto in un sinistro se non ha avuto responsabilità nella causazione del sinistro, o se l'ha avuta in misura del concorso di colpa, egli può **chiedere il risarcimento alla propria assicurazione**. Chiedendo il risarcimento alla propria assicurazione si pensava che avrebbe avuto un comportamento meno fraudolento, visto che si parla con la propria assicurazione, avrebbe facilitato la liquidazione e avrebbe agevolato i tempi di liquidazione dei danni.

Presupposti di applicazione della procedura di indennizzo diretto

I presupposti per accedere alla procedura sono i seguenti:

- lo scontro deve avvenire fra **due veicoli** o due mezzi a motore o fra bicicletta e autoveicolo o fare bicicletta e motorino se la responsabilità del conducente della bicicletta;
- i veicoli devono essere **immatricolati in Italia**
- gli assicuratori devono avere aderito alla convenzione **C.A.R.D.** convenzione tra assicuratori in materia di risarcimento;
- gli eventuali danni alla **persona** devono essere di **lieve entità**. Quest'ultimo requisito ha suscitato la questione di come stabilire al momento del sinistro se ci sono lesioni di lieve entità o meno, questione di non facile risposta. Nel 2009 la Corte Costituzionale ha stabilito che la procedura di indennizzo diretto deve vedersi come alternativa alla possibilità di agire direttamente cioè di chiedere i danni all'assicurazione del responsabile. In pratica significa che se faccio un incidente e ho delle lesioni che si vede non sono proprio troppo lievi, allora una buona norma mandare una lettera all'assicurazione del responsabile chiedendogli i danni. La Corte Costituzionale a differenza della Corte di Cassazione valuta la conformità della legge ai principi della Costituzione.

Risarcimenti dei danni fra compagnie assicuratrici

Nella **Stanza di compensazione** le imprese di assicurazione versano gli importi sulla base dei sinistri dell'anno precedente. A fine anno l'impresa che ha liquidato il sinistro preleva da questa stanza di compensazione. Se l'impresa liquida per l'anno seguente di meno di quanto aveva liquidato l'anno precedente allora l'impresa ci avrà guadagnato. Se invece ha liquidato di più dell'anno precedente ci avrà rimesso. La stanza di compensazione ha lo scopo di far versare alle imprese assicurative un importo sulla base della situazione pregressa, e sulla base della situazione pregressa a fine anno l'impresa può recuperare. Questo meccanismo ha portato a far sì che le imprese di assicurazione cerchino di liquidare anche ai propri assicurati il minimo importo possibile affinché non vi rimettano.

È stato costituito un comitato tecnico presso il Ministero dello Sviluppo Economico con lo scopo di studiare i criteri da applicare a questo tipo di compensazione forfettaria.

Sinistri non risarcibili mediante indennizzo diretto

- se uno dei due veicoli non è stato identificato,
- se uno dei due veicoli era sprovvisto di copertura assicurativa al momento del sinistro
- se l'assicurazione che dovrebbe risarcire il danneggiato si trova nello stato di liquidazione coatta amministrativa
- se il veicolo circola contro la volontà del proprietario.
Tipico è il caso di furto dove l'assicurazione del veicolo rubato risponde fino al giorno della denuncia da parte del proprietario del veicolo, da dopo la denuncia l'assicurazione non copre più i danni.

Se **manca la copertura assicurativa** di una determinata impresa i risarcimenti vengono erogati dal **fondo di garanzia per le vittime della strada**. Il fondo di garanzia per le vittime della strada è alimentato dalle quote obbligatorie che le imprese di assicurazione che operano nel settore Rc auto devono versare. Il fondo è gestito dalla concessionaria dei servizi pubblici assicurativi **Consap**. L'intervento del fondo di garanzia per le vittime avviene anche quando il responsabile non ha un patrimonio.

Quali danni vengono risarciti

Se un veicolo non è identificato vengono risarciti solo i danni alla **persona**.

Se l'impresa di assicurazione del veicolo coinvolto è in **stato di liquidazione coatta amministrativa** oppure se il veicolo è sprovvisto di copertura assicurativa (mancata stipula oppure se scaduta) vengono **risarciti** sia i danni alle **persone** che i danni alle **cose**.

Requisiti per accedere al Fondo garanzia per le vittime della strada

Per richiedere il risarcimento al Fondo garanzia per le vittime della strada si deve prima richiedere all'Ivass quale sia la compagnia designata per la gestione del sinistro perché questa impresa assicurativa deve verificare se sussistono i requisiti affinché l'assicurato possa fare richiesta al fondo garanzia vittime. L'**onere probatorio** relativo alla sussistenza dei requisiti è molto **difficile** poiché l'impresa assicurativa sarà molto prudente per via delle truffe. Ad esempio se il conducente si addormenta e schianta da auto da qualche parte potrebbe dire di aver fatto un incidente con un veicolo non identificato e quindi fare richiesta al fondo. I termini di prova sono difficili si dice *probatio diabolica* anche se non è questo il caso.

Esiste anche il **fondo di garanzia per le vittime della caccia** che è alimentato dalle imprese di assicurazione che stipulano questo tipo di assicurazione. È sempre gestito dalla Consap.

Sinistri avvenuti in Unione Europea ma fuori dall'Italia

In molti Stati ma non in tutti gli Stati d'Europa l'assicurazione responsabilità civile auto è obbligatoria. Esiste il **centro di informazione italiano** il quale ha il compito di fornire informazioni agli aventi diritto al risarcimento a seguito di un sinistro avvenuto in uno Stato membro diverso da quello di residenza causato dalla circolazione dei veicoli a motore immatricolati e assicurati in uno degli Stati dello Spazio Economico Europeo. Questo centro si trova presso l'Ivass. Ciò per aiutare gli eventuali risarcimenti danni agli italiani per danni che si sono verificati all'estero. Vengono inoltre elencati i centri di liquidazione delle imprese. Ad esempio una impresa tedesca, che non ha una sede secondaria in Italia ove può stabilire il proprio centro di liquidazione, dovrà segnalare al centro quale è il soggetto deputato alla liquidazione dei danni per conto della compagnia. A volte le compagnie si aiutano fra di loro.

Se nel sinistro avvenuto in uno Stato membro dell'Unione Europea non è possibile individuare il veicolo oppure individuare l'impresa assicuratrice del veicolo, allora interviene l'**organismo di indennizzo italiano** che ha più o meno la funzione del fondo di garanzia per le vittime della strada italiano, cioè liquidare i danni, ma solo nelle ipotesi in cui il sinistro venga subito da un cittadino italiano ma a seguito di un sinistro avvenuto in un altro paese membro. La Consap gestisce il organismo di indennizzo italiano.

Fine parte sulla responsabilità civile dei mezzi a motore

La riassicurazione

È l'operazione con la quale una determinata compagnia detta **impresa di riassicurazione** accetta di sopportare dei rischi che le vengono ceduti da un'altra compagnia di assicurazione che a sua volta concluso dei contratti di assicurazione con gli assicurati.

Non c'è una vera e propria definizione nel Codice Civile e nemmeno nel Codice delle assicurazioni. Abbiamo delle condizioni di accesso per l'attività riassicurativa e condizioni di esercizio per l'attività di riassicurazione. Impresa di riassicurazione può a sua volta trasferire i rischi ad un'altra impresa di riassicurazione detta **impresa di retrocessione**, per eccellenza questi sono i **Lloyd's di Londra**. Tra l'altro è possibile costituire un **pool di imprese di riassicurazione** per suddividersi i rischi.

Distinzione dalla coassicurazione

Va ben distinta l'operazione di assicurazione da quella di coassicurazione: parlando di coassicurazione abbiamo detto che quando il rischio è aggravato a tal. da essere piuttosto ingente e non può essere supportato da una sola impresa può essere suddiviso fra più imprese in modo tale da essere supportato. Nota bene che **nel contratto di coassicurazione** ci sono più imprese che intervengono in un rapporto giuridico, e che **tutte le imprese hanno un rapporto con**

l'assicurato. C'è un rapporto diretto tra assicurato e singole imprese di assicurazione, anche se c'è la così detta designazione della **impresa delegataria** che è un po' la portavoce delle altre imprese. Giuridicamente l'assicurato può chiedere *pro quota* a ciascuna delle compagnie che intervengono il risarcimento.

La **riassicurazione invece** fa sì che ci sia un trasferimento di parte del rischio ma **tra contraente assicurato e riassicuratore non c'è nessun rapporto**. Ad esempio io mi assicuro presso l'impresa Alfa che si riassicura presso l'impresa Beta, ad un certo punto viene dichiarato lo stato di liquidazione coatta amministrativa per l'impresa Alfa che non è in grado di risarcire tutti gli assicurati perciò risarcirà *pro quota*. Perciò Beta dovrà liquidare ad Alfa tutto quello che è stato oggetto del contratto di riassicurazione in relazione i sinistri che si sono verificati, anche se sa che Alfa non liquiderà all'assicurato danneggiato tutti quegli importi a parte degli importi. Questo dimostra che il rapporto fra impresa di assicurazione e di riassicurazione è un **rapporto** completamente **autonomo** rispetto al rapporto che lega il contraente assicurato alla sua impresa di assicurazione. E' questa la differenza con la coassicurazione, che **non vi è alcun rapporto fra contraente assicurato ed impresa di riassicurazione**.

Per la cessione dei rischi all'impresa di riassicurazione l'impresa di assicurazione paga un premio che può essere o una retrocessione del premio riscosso dal proprio assicurato oppure si stabilisce che per quell'operazione di riassicurazione il premio è tot.

Nel Codice civile ci sono **pochi articoli** che **parlano** del contratto di **riassicurazione** parla solamente del dovere delle imprese di riassicurazione di versare quanto stabilito nel contratto a prescindere se poi l'impresa di assicurazione liquiderà i danni all'assicurato danneggiato nell'ipotesi in cui l'impresa si ritrovi in stato di liquidazione coatta amministrativa, quindi la **disciplina dell'operazione di riassicurazione si ricava per lo più da quello che le parti stabiliscono fra di loro**.

Vedremo che la riassicurazione può essere stipulata per singoli rischi sebbene poco usata nella pratica, oppure per parte dei rischi arrivando addirittura ad assicurare un intero ramo dell'attività assicurativa.

10/05/2016

La riassicurazione

Quali sono i presupposti di legge per l'attività assicurativa l'abbiamo già visto e abbiamo anche detto che i stessi requisiti valgono per l'attività assicurativa che si sostanzia nell'assicurazione dell'assicuratore, cioè quando l'assicuratore assunto alcuni rischi decide a sua volta di trasferire parte del rischio addirittura i rischi di un intero ramo a un altro assicuratore che prende il nome di assicuratore. È anche possibile della così detta retrocessione cioè la riassicurazione del assicuratore. Possiamo quindi avere una catena del trasferimento del rischio.

Disciplina dell'operazione riassicurativa

Anche qui guarderemo il codice civile il codice delle assicurazioni , proprio del codice delle assicurazioni è stata introdotta una norma che ha introdotto un'altra tipologia di contratto di riassicurazione che ha la caratteristica di un rapporto di natura finanziaria e non propriamente un rapporto assicurativo .

I trattati

La riassicurazione può avvenire o per singoli rischi cioè per singoli contratti, questa è la forma meno usuale, oppure vi è il trasferimento di una percentuale dei rischi della ramo danni da incendio per esempio, o ancora l'intero ramo assicurazioni da incendio viene trasferito al riassicuratore. In quest'ultimo caso si parla dei così detti **trattati** ovverossia degli accordi con cui l'assicuratore decide di trasferire una parte dei rischi che si assume nei confronti dei clienti. Se la riassicurazione riguarda i singoli rischi non vi sono particolari forme probatorie. Mentre invece se la riassicurazione è stipulata per trattati generali, allora la **prova** deve essere data **per iscritto**, il trattato deve essere provato per iscritto.

Differenza con la coassicurazione

La **differenza** fondamentale fra la riassicurazione e la **coassicurazione** è che nella coassicurazione c'è un unico rapporto assicurativo fra cliente e compagnie di assicurazione che si ripartiscono il rischio tra di loro e quindi c'è un rapporto con l'assicurato per ciascuna compagnia. Nel caso della riassicurazione non c'è alcun rapporto tra impresa di riassicurazione e contraente assicurato. Ciò è supportato da una norma del codice civile la quale stabilisce che sia un'impresa di assicurazioni viene posta in liquidazione coatta amministrativa, in caso di sinistro all'assicurato cliente di quell'impresa questa impresa di assicurazione in liquidazione dovrà pagare l'ammontare dell'indennità in una certa misura che non per forza è quella del 100%, ma riceverà dalla compagnia riassicurativa il 100% di quanto dovuto all'assicurato che ha subito il sinistro, indipendentemente da quanto la compagnia avrà liquidato all'assicurato. Questo dimostra che c'è una totale autonomia di rapporti fra l'impresa di riassicurazione ed il contraente assicurato, fra di loro non c'è alcun rapporto.

La **disciplina del contratto di coassicurazione** si ricava nella maggior parte dei casi dal contratto stesso cioè dalle **pattuizioni** che le **parti** inseriscono nel contratto.

I contratti di riassicurazione **Uberrima Fides** deve cioè intercorrere la massima fiducia fra la compagnia di assicurazione e la compagnia di riassicurazione.

Il contratto di riassicurazione **è davvero un contratto di assicurazione?** Se ne sta discutendo. Se così fosse andrebbero applicate le norme in via analogica. Vediamo cosa vuol dire **applicazione delle norme in via analogica**. Se troviamo una fattispecie che sottostà ad una disciplina che non è regolamentata in modo completo. Ma è possibile trovare degli elementi comuni a queste due fattispecie, possiamo applicare in via analogica le disposizioni emanate dal legislatore per l'altra fattispecie che presenta elementi comuni con la fattispecie non disciplinata. Non vi è una risposta unica alla domanda perché si ritiene non vi siano le stesse caratteristiche del contratto di assicurazione. Si è però portati a ritenere il contratto di riassicurazione come un contratto autonomo collegato con il contratto di assicurazione di base. Motivo per cui la maggior parte della disciplina come detto prima sta nelle clausole inserite tramite accordo fra le parti.

La riassicurazione finita

È una nuova forma di riassicurazione introdotta dopo l'emanazione del codice delle assicurazioni e che ha una **natura finanziaria** perché viene fissato un massimale, è pagato un premio stabilito per l'intera durata del contratto ed inferiore al massimale. L'impresa di riassicurazione garantisce il massimale ed il premio viene investito. Se è stato investito efficacemente cioè se il rendimento prodotto è maggiore del massimale, allora la differenza viene ad essere lucrata. Altrimenti se cioè l'investimento va male viene solamente garantito il massimale.

Accesso all'attività riassicurativa

Riprendiamo un po' le disposizioni viste per l'attività assicurativa. È stato emanato un regolamento che disciplina la richiesta da parte dell'impresa di esercitare attività riassicurativa. L'attività riassicurativa non deve comportare un pregiudizio sullo svolgimento dell'attività assicurativa:

- amministratori e dirigenti della società devono avere i requisiti di **onorabilità e professionalità**

- la società deve avere **sede** nel territorio **italiano** oppure in uno Stato membro dell'Unione Europea
- deve essere richiesta l'**autorizzazione** dimostrando di possedere i requisiti patrimoniali
- di essere in grado di gestire l'attività assicurativa attraverso la presentazione del **programma di attività**
- c'è un richiamo alle regole che devono avere le imprese per esercitare l'attività assicurativa
- l'unica **grossa differenza** è l'**ammontare del patrimonio** che qui deve essere molto superiore rispetto a quello per esercitare l'attività assicurativa. Specificiamo che la **copertura delle riserve** in questo caso **richiede parametri diversi** rispetto a quelli richiesti per le assicurazioni.

Una volta ottenuta l'autorizzazione, ci sarà il **controllo dell'Ivass**, deve essere garantita una idonea organizzazione tecnico giuridica finanziaria per poter assicurare di poter eseguire le proprie prestazioni, dovranno essere costituite le riserve tecniche con la loro copertura attraverso gli investimenti e quanto indicato dell'Autorità di vigilanza .

Differenza fra trasferimento del singolo rischio e trasferimento dei trattati generali

Trasferire un singolo rischio è un evento poco frequente, ed avviene magari perché c'è un evento eccezionale che investe un proprio cliente e dunque poi si corre a riassicurarsi perché non si è in grado di garantirlo.

Nel caso dei trattati in generale si **trasferisce una percentuale del rischio** che ci si è assunti avendo contratto una massa omogenea dei rischi . La forma scritta è richiesta solo per i trattati generali per la prova del rapporto.

Si parla di **frazionamento del rischio** e quindi dei così detti *trattati proporzionali* o *trattati non proporzionali* a seconda che si trasferisca parte del rischio o parte del danno.

Trattati proporzionali

Qui viene **trasferito parte del rischio**. Fra i trattati proporzionali è possibile trasferire una quota percentuale del rischio oppure si può scegliere la formula del **trattato per eccedente**: significa che fino a una certa soglia di euro si risponde al proprio contraente assicurato, e la parte eccedente viene riassicurata.

Trattati non proporzionali

Qui viene **trasferito parte del danno**. Fra i trattati non proporzionali, quindi quando andiamo a trasferire parte del danno, possiamo avere il:

- *trattato per eccesso dei sinistri* in cui interviene l'impresa di assicurazione per una parte che supera, che c'è da un determinato ammontare di denaro prestabilito; oppure il
- *trattato per eccesso globale dei sinistri* in cui vi è un accordo fra assicuratore e riassicuratore per quanto riguarda la parte riassicurata, su come il danno può essere ripartito.

Un altro fenomeno a cui la riassicurazione può dar vita è **pool di riassicurazione** dove ci sono più riassicuratori che si ripartiscono ulteriormente il rischio.

Assicurazione vita

Storicamente nasce molto dopo quella danni perché la possibilità di prendere in considerazione eventi attinenti la vita umana sorge nel momento in cui vengono elaborate le *tavole di mortalità e sopravvivenza* .

Infatti l'articolo 1882 definisce l'operazione di assicurazione vita come *l'operazione nella quale una volta pagato il premio dall'assicurato, l'assicuratore garantisce capitale o una rendita al verificarsi di eventi attinenti la vita umana che sono la morte e la sopravvivenza*. Per completezza affermo che altri eventi attinenti la vita umana sono la natalità e la nuzialità.

Ci sono varie forme dell'assicurazione vita: assicurazione caso morte vita intera, assicurazione caso morte temporanea, assicurazione caso sopravvivenza in cui la prestazione viene liquidata se il soggetto assicurato è ancora in vita, assicurazioni miste, sono le più diffuse, qui viene prese in considerazione sia la sopravvivenza che la morte. Possiamo anche avere un caso di assicurazione vita con *controassicurazione*: qui viene preso in considerazione sia l'evento sopravvivenza che l'evento morte.

Ripasso dei soggetti che intervengono nel contratto di assicurazione vita: contraente, assicurato, beneficiario possono essere tre persone diverse in questo caso se ci si assicura sulla vita di un terzo occorre il consenso scritto del terzo; ma possiamo avere la coincidenza tra contraente ed assicurato; oppure possiamo avere la coincidenza fra contraente beneficiario ed assicurato come nel caso della sopravvivenza.

La determinazione della prestazione delle parti

il premio versato dall'assicurato è proporzionale alla prestazione dell'impresa, cioè c'è un criterio che permette di stabilire quale deve essere premio versato per poter determinare effettivamente quello che sarà il capitale o la rendita da liquidare al beneficiario. Il compito degli attuari è quello di studiare verificare quello che potrà essere un premio adeguato commisurato la prestazione dell'impresa.

Una novità introdotta dal recepimento della direttiva Solvency II è la *funzione attuariale* che deve essere svolta in tutte le imprese di assicurazione: sembra che la funzione dell'**attuario incaricato** non esista più in quanto sia si parla nelle norme solamente della funzione attuariale. Vediamo di chiarire il passaggio. Prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo di recepimento l'attuario incaricato era una figura che necessariamente doveva essere inserita nella struttura delle compagnie assicurative che svolgevano l'assicurazione vita a, e dal 2000 la stessa figura era diventata obbligatoria per le assicurazioni Rc auto. Sebbene sembra che questa figura scompaia perché tutte le imprese devono dotarsi della funzione attuariale.

Una delle questioni su cui si sta discutendo è che con la esternalizzazione delle varie funzioni in questo caso quella attuariale potrebbe verificarsi la situazione in cui l'attuario non sia più inserito all'interno dell'impresa e questo è un pericolo. Perché creerebbe una concorrenza fra società o associazioni professionali di attuare, di questo problema se ne stanno facendo carico gli attuari: i quali si domandano quale sarà il futuro dell'attività. Un'altra questione su cui si sta discutendo e se la figura dell'attuario incaricato sia o meno scomparsa legislativamente.

Caratteristica peculiare dell'assicurazione vita

Solamente nell'assicurazione vita c'è la possibilità di determinare sulla base **delle tavole di mortalità** o di sopravvivenza il premio adeguato in maniera molto precisa e corretta.

Inoltre in questo tipo di polizza possono essere **presenti operazioni di capitalizzazione** dove l'evento morte non è considerato come evento che dà diritto alla prestazione ma verso il pagamento di un premio l'assicuratore garantisce una determinata rendita decorso un determinato periodo di tempo. Questo tipo di operazioni sono state esplicitamente riconosciute dal Codice delle assicurazioni come operazioni rientranti nell'assicurazione vita. È anche possibile la situazione in cui la stessa assicurazione vita possa prevedere una **indicizzazione del capitale oppure della rendita**, e che quindi ci possa essere un adeguamento della prestazione futura al valore del denaro. Ad esempio lo posso pagare oggi un premio unico consistente ed assicurarmi che a partire da una certa data avrò un determinato importo come rendita, oppure posso accordarmi di pagare un premio indicizzato cioè che venga via via rivalutato che mi dà diritto ad una prestazione via via rivalutata.

Dichiarazioni precontrattuali del contratto vita

Per quanto riguarda le **dichiarazioni precontrattuali** cioè quelle che aiutano a determinare il rischio, assumono particolare rilevo nell'assicurazione caso morte perché nel caso vita difficilmente sono dichiarazioni che possono essere sottaciute o che possono avere un'influenza sull'evento sopravvivenza. Qui trovano applicazione gli articoli 1882 e 1883 del Codice Civile cioè la disciplina sulle dichiarazioni inesatte e ho reticenti. Può essere anche stabilito dalle parti di inserimento della **clausola di incontestabilità** con la quale l'assicuratore rinuncia a far valere delle dichiarazioni inesatte o reticenti, salvo però il caso di dolo quindi rinuncia solo nei casi di colpa grave e colpa lieve perché il dolo non può mai essere coperto dalla garanzia assicurativa.

Aggravamento del rischio nel ramo vita

Per quanto riguarda l'aggravamento dobbiamo pensare al **cambiamento di professione** dell'assicurato perché l'aggravamento è l'aumento della probabilità del verificarsi del sinistro (questo in generale). Nel caso dell'assicurazione vita caso morte avremo solo un aggravamento nel caso morte determinato dal **cambiamento della professione**: l'assicurato ha l'obbligo di informare l'assicuratore del proprio cambiamento di professione ad esempio un impiegato che comincia a fare il paracadutista, a questo punto l'assicuratore può decidere se continuare o recedere dal contratto, nel primo caso l'assicurato può accettare o rifiutare.

Il suicidio dell'assicurato

Il suicidio è un atto ricompreso fra gli atti dolosi. La norma dell'articolo 1927 stabilisce che il suicidio dell'assicurato **non viene coperto** dalla garanzia assicurativa **se avviene nei primi due anni** dal momento della stipula del contratto. Altrimenti non è più causa di esclusione del diritto alla prestazione. Il motivo di questa norma è dettato dal fatto che io potrei essere indotto a stipulare un'assicurazione vita caso morte per assicurare la mia famiglia un determinato beneficio economico e quindi non momento di disperazione potrei essere tentato di ammazzarmi. Poiché si vuole evitare questo tipo di situazione, il legislatore ha ritenuto che decorsi due anni (è un termine puramente simbolico perché non garantisce un cambiamento di intenzione) dalla stipula del contratto uno può avere riflettuto sull'eventuale possibilità di ammazzarsi.

Ripensamenti dopo stipula del contratto vita

La disciplina prevede un **termine di 30 giorni** entro il quale è possibile recedere dal contratto, anche dopo la conclusione del contratto. Dunque l'assicurato può ripensarci e quindi possa recedere dal contratto.

Documentazione prevista in fase di stipula del contratto

Richiamiamo quanto già visto in precedenza per l'assicurazione danni, a maggior ragione qui si dovrà dare la nota informativa.

Vediamo adesso tu aspetti importanti relative al contratto di assicurazione vita:

- il diritto di riduzione
- il diritto di riscatto

Il diritto di riduzione

Abbiamo già visto che in caso di mancato pagamento del premio dell'assicurazione vita, se sono **decorse le prime tre annualità** che servono per far rientrare l'assicurazione delle spese- e formati parzialmente le riserve tecniche- l'assicurato può esercitare il diritto di riscatto.

- In caso morte a vita intera e mista

Ma il diritto di riscatto è un diritto che si può esercitare intanto in quanto si abbia **stipulato un'assicurazione vita solo caso morte a vita intera e mista**, perché l'evento è certo, e quindi l'assicuratore sa istante per istante quale sarebbe l'eventuale valore da liquidare se si verificasse in quel momento la morte. Quindi l'assicuratore è in grado di liquidare il valore di riscatto abbastanza agevolmente.

In estrema sintesi possiamo dire che **il diritto di riscatto è un anticipo della prestazione**.

- In caso di assicurazione sopravvivenza

È ovvio che non si può riscattare: se non viene più pagato il premio non è detto che ha scadenza l'assicurato sarà vivo per cui non è detto che l'assicurazione ha scadenza debba liquidare la prestazione. Quindi in caso di sospensione del pagamento dei premi il contratto rimane in uno **stato di quiescenza** cioè in stand-by ed alla scadenza del contratto l'assicurato avrà diritto ad una **prestazione ridotta proporzionalmente al pagamento dei premi** effettuato.

Prestito su polizza

Facciamo inoltre presente che è possibile stipulare un *prestito su polizza* cioè è possibile **chiedere un finanziamento all'assicurazione nei limiti del valore di riscatto** (se il valore di riscatto è 100 l'assicurazione finanziaria è 70 perché 30 saranno interessi) perché l'assicuratore ha come garanzia il valore di riscatto 100 che in quel momento è 100.

Il diritto di riscatto

Il *diritto di riduzione* è il **diritto dell'assicurato a non pagare più il premio**, cioè il suo obbligo di prestazione, **ottenendo una prestazione ridotta** al momento della **scadenza** del contratto.

(Il seguente pezzo non lo chiede all'esame)

I prodotti assicurativi finanziari

Sono sottoposti alla così detta legge Draghi ho anche **Testo Unico finanziario** (TUF) che è il decreto legislativo numero 58 del 1998 con cui vengono disciplinati e tutti i prodotti finanziari, oltre ad essere sottoposti ovviamente il codice delle assicurazioni.

Sono contratti di assicurazione che hanno un **collegamento attinente alla vita umana** come la morte o la sopravvivenza ma che hanno una **forte componente finanziaria**. Perché la prestazione dell'assicuratore è collegata al rendimento o a determinati indici oppure determinati valori per cui il premio che è versato e che è utilizzato come strumento di finanziamento dipende da indici, fondi obbligazionari, fondi azionari piuttosto che l'indice di rendimento di alcune azioni . Ci sono una serie di regole comportamentali che le imprese devono osservare. Le imprese che distribuiscono questi prodotti finanziari sono sottoposti all'autorità dell'Ivass ma anche alla Consob. Se non si ancora il rendimento a degli indici ma al rendimento di un fondo di investimento allora parliamo delle cose dette *polizze unit linked*.

Argomenti saltati

Saltiamo le operazioni straordinarie (operazioni di scissione societaria o fusione societaria), e la cessione del portafoglio, saltiamo anche il fenomeno del gruppo assicurativo sia come insieme di società che come partecipazione di un'impresa ad un'impresa che svolge attività assicurativa. Il *conglomerato finanziario* è l'insieme di più imprese che mantengono la propria autonomia e attività assicurativa o bancaria. Oggi la maggior parte delle situazioni a livello europeo è costituita da conglomerati finanziari.

Saltare alienazione della cosa, il fallimento e la prescrizione dal libro blu Saltare anche assicurazioni globali in abbonamento e collettive.

Saltiamo le operazioni straordinarie (operazioni di scissione societaria o fusione societaria), e la cessione del portafoglio, saltiamo anche il fenomeno del gruppo assicurativo sia come insieme di società che come partecipazione di un'impresa ad un'impresa che svolge attività assicurativa. Il *conglomerato finanziario* è l'insieme di più imprese che mantengono la propria autonomia e attività assicurativa o bancaria. Oggi la maggior parte delle situazioni a livello europeo è costituita da conglomerati finanziari

Saltare assicurazione sulla parte del credito irrisoria cauzionale
Saltare assicurazione sui danni alla persona
Saltare assicurazione trasporti

Solo un cenno al "gruppo assicurativo" : lo salteremo

Saltare anche le operazioni straordinarie relative alla fusione, scissione, concentrazione delle imprese e altre vicende particolari dell'impresa di assicurazione

Saltare la liquidazione dell'impresa di assicurazione: liquidazione volontaria e coatta/amministrativa: è la situazione in cui l'impresa non è solvente → l'impresa di assicurazione non fallisce viene sottoposta ad una particolare procedura

Saltare vicende relative al fallimento dell'assicurato, nè dell'oggetto assicurato

Saltare assicurazione fideiussoria, e anche quella contro i danni alla persona e assicurazione trasporti (cioè marittime e aereonautiche)

Saltare le società veicolo

saltare quanto sta dopo unit linked e prodotti assicurativo finanziari,
saltare parte relativa ai fondi pensione qualcosa di autorizzazione dal libro Farenga

Sommario

Storia del contratto assicurativo	1
Fonti del diritto assicurativo.....	1
Schema del contratto di assicurazione.....	3
Forma giuridica dell'impresa di assicurazione	3
1. Società per azioni:	4
Approfondimento sui sistemi di governance di una società di capitali	4
2. Società cooperativa per azioni	5
3. Società di mutua di assicurazione	6
4. Società europea	6
Disciplina delle assicurazioni: Codice delle assicurazioni, Codice Civile, Testo Unico Finanziario,	6
Prodotti assicurativi finanziari	6
Assicurazioni sociali	7
Prescrizione	7
Controllo sull'impresa di assicurazione	7
L'Isvap	8
Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea.....	8
Sistema europeo di vigilanza finanziaria	8
Direttiva Solvency 2	8
Scopi perseguiti dall'Ivass	9
Enti controllati dall'Ivass	9
Direttiva Home Country Control	10
Riepilogo delle autorità di vigilanza italiane.....	10
I poteri dell'Ivass.....	11
(capitoletto a parte) Operazioni straordinarie per l'impresa assicurativa	12
Condizioni per l'accesso e condizioni per l'esercizio della attività assicurativa	12
Condizioni per l'esercizio dell'attività assicurativa.....	13

La Funzione attuariale	14
Articolo 30-septies, (Esteralizzazione).....	14
Costituzione di una società:.....	15
Efficacia dell'autorizzazione ad esercitare	15
Revoca dell'autorizzazione ad esercitare	15
Rigetto della richiesta di autorizzazione all'Ivass	16
1. Decadenza del provvedimento di autorizzazione	16
2. Revoca del provvedimento di autorizzazione	16
Se l'impresa non si sta comportando correttamente.....	16
Patrimonio e Capitale Sociale nelle S.p.a.	17
Premio e Riserve tecniche nelle S.p.a assicurative.....	17
Le riserve tecniche.....	17
Art. 36. del Capo II del Codice delle assicurazioni (abrogato)	18
Art. 37. del Capo II del Codice delle assicurazioni (abrogato)	19
Margine di solvibilità → Requisito patrimoniale minimo e Requisito patrimoniale di solvibilità.....	20
Regole di esercizio per imprese italiane in Paesi dell'Unione Europea.....	21
Regole di esercizio per imprese di Paesi non membri dell'Unione Europea che intendono esercitare in Italia	22
Disciplina della concorrenza	22
Distribuzione del prodotto assicurativo	23
Attività di intermediazione	23
1. L'agente	23
Come si smette di essere intermediari assicurativi?	25
In cosa consiste concretamente l'attività dell'agente assicurativo?	25
Vari tipi di provvigione per l'agente assicurativo	25
I periti assicurativi.....	26
2. Il broker.....	26
Corrispettivo al broker.....	27

Requisiti per essere broker	27
3. Produttori diretti	27
4. Banche, società di intermediazione mobiliare, Poste Italiane, la divisione BancoPosta	27
5. Zona dell'albo per i collaboratori e dipendenti degli intermediari precedenti con particolari caratteristiche.....	27
Regole di comportamento degli intermediari	28
Distribuzione del prodotto assicurativo per via telefonica	28
Distinzioni del contratto di assicurazione	29
Funzione del contratto di assicurazione.....	29
I contratti aleatori.....	30
Elementi essenziali di un contratto generico	30
Accordo	30
Causa	30
Oggetto.....	30
Forma	30
Elementi essenziali del contratto di assicurazione	30
il pagamento del premio	30
l'esistenza del rischio	30
la prestazione della garanzia da parte dell'assicuratore (o interesse)	30
Il rischio.....	31
Il rischio inassicurabile.....	31
Delimitazione della copertura assicurativa.....	31
Disciplina sul pagamento del premio assicurativo	31
Disciplina della diminuzione e dell'aggravamento del rischio nei rami danni	32
1) Ipotesi di diminuzione del rischio nei rami danni	32
2) Ipotesi di aggravamento del rischio (rami danni).....	33
a) L'assicuratore aumenta il premio del contratto in vigore	33
b) L'assicuratore recede dal contratto	33

c) Se rischio diventa inassicurabile	33
3) Ipotesi di aggravamento del rischio (rami vita).....	34
4) Ipotesi di diminuzione del rischio (rami vita)	34
Sovrassicurazione	34
Sottoassicurazione.....	34
L'interesse.....	35
Gli interessi concorrenti.....	35
Valutazione morale del bene	35
Caratteristiche del contratto di assicurazione.....	35
Contratto danni concluso in nome altrui.....	36
Assicurazione danni per conto altrui	36
Soggetti diversi nell'assicurazione vita	37
Eredi e beneficiario	37
Assicurazione sulla vita un terzo soggetto.....	37
Terzo beneficiario nei rami danni	37
Contratto e documentazione inerente	38
Dichiarazioni dell'assicurato inesatte rese in fase precontrattuale	38
Le clausole vessatorie.....	40
Contratto di assicurazione e diritto di credito.....	41
Obbligazione principale del contraente	42
Se il premio non viene pagato	42
A) Nel caso di mancato pagamento del premio dell'assicurazione danni	42
B) Mancato pagamento del primo premio o dei premi successivi in assicurazione vita	44
Diritto di riscatto.....	44
Obblighi del contraente-assicurato nel caso di assicurazione danni.....	45
Obbligo di salvataggio	45
Obblighi dell'assicuratore nel caso di assicurazione danni	46
Liquidazione delle indennità	46

Limiti del risarcimento	46
Clausole di franchigia	46
Scoperto obbligatorio	47
Liquidazione e svalutazione degli interessi legali	47
Surroga dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato nei confronti del terzo	48
Assicurazioni obbligatorie ed obbligo a contrarre.....	48
Assicurazione infortuni e malattie (danni)	49
Assicurazione assistenza medica (IV ramo - ass. danni).....	49
Assicurazione della responsabilità civile	49
Azione del terzo danneggiato nei confronti dell'assicurato	50
Assicurazione responsabilità civile auto.....	51
Presupposti di applicazione della procedura di indennizzo diretto	51
Risarcimenti dei danni fra compagnie assicuratrici.....	52
Sinistri non risarcibili mediate indennizzo diretto.....	52
Quali danni vengono risarciti.....	52
Requisiti per accedere al Fondo garanzia per le vittime della strada	53
Sinistri avvenuti in Unione Europea ma fuori dall'Italia	53
La riassicurazione.....	53
Distinzione dalla coassicurazione	53
La riassicurazione.....	54
Disciplina dell'operazione riassicurativa.....	54
I trattati.....	55
La riassicurazione finita	55
Accesso all'attività riassicurativa	55
Differenza fra trasferimento del singolo rischio e trasferimento dei trattati generali	56
Trattati proporzionali	56
Trattati non proporzionali	56
Assicurazione vita	56

La determinazione della prestazione delle parti	57
Caratteristica peculiare dell'assicurazione vita	57
Dichiarazioni precontrattuali del contratto vita	58
Aggravamento del rischio nel ramo vita.....	58
Il suicidio dell'assicurato.....	58
Ripensamenti dopo stipula del contratto vita	58
Documentazione prevista in fase di stipula del contratto	58
Il diritto di riduzione	59
Prestito su polizza	60
Il diritto di riscatto	60
I prodotti assicurativi finanziari	60