

11.057

Messaggio concernente la revisione totale della legge sul contratto d'assicurazione

del 7 settembre 2011

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di revisione totale della legge federale sul contratto d'assicurazione.

Nel contempo vi proponiamo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2001 | M | 00.3537 | Furti. Inizio del termine di prescrizione. (N 23.3.01, Jossen; S 6.12.01) |
| 2001 | P | 00.3541 | Libero passaggio integrale in caso di cambiamento di assicurazione complementare (N 20.3.01, Gruppo dell'Unione democratica di centro) |
| 2001 | P | 00.3542 | Conservazione dei vantaggi nel caso di cambiamento di assicurazione complementare (N 20.3.01, Gruppo dell'Unione democratica di centro) |
| 2001 | P | 00.3570 | Legge federale sul contratto d'assicurazione. Disposizioni che regolano la prescrizione (N 20.3.01, Hofmann Urs) |
| 2003 | P | 02.3693 | Indennità giornaliera LCA. Un particolare scopenso (N 21.3.03, Robbiani) |
| 2004 | P | 03.3596 | Relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare (N 8.3.04, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN 98.406) |
| 2007 | P | 07.3395 | Premi elevati in caso di passaggio all'assicurazione indennità giornaliera individuale (N 5.10.07, Graf-Litscher) |
| 2010 | M | 09.3965 | Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (S 9.12.09, Bischofberger; N 3.6.10) |

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

7 settembre 2011

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Micheline Calmy-Rey
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Compendio

La legge sul contratto d'assicurazione, ormai ultracentenaria, non soddisfa più le esigenze attuali. Una revisione parziale entrata in vigore nel 2006 aveva già apportato alcune modifiche urgenti. Con la presente revisione totale si intende adeguare completamente il diritto del contratto d'assicurazione al nuovo contesto e alla necessità di una protezione assicurativa ragionevole e realizzabile.

Situazione iniziale

La revisione della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), entrata in vigore il 1° gennaio 2006, ha profondamente modificato il diritto svizzero in materia di sorveglianza nel settore assicurativo. Sebbene nel contempo siano state attuate alcune richieste importanti e urgenti nel quadro di una revisione parziale della legge sul contratto d'assicurazione (LCA), negli scorsi anni le cerchie politiche e l'opinione pubblica hanno continuato a insistere affinché il diritto del contratto d'assicurazione, in alcuni punti sorpassato, fosse oggetto di una revisione completa. Il presente progetto tiene conto di queste richieste. Esso permette di colmare le lacune emerse e di dare alla legislazione sulle assicurazioni private un'impostazione moderna che possa anche rispondere alle esigenze future.

Contenuto del progetto

Il presente disegno di legge adegua sul piano formale e materiale il diritto del contratto d'assicurazione ai nuovi sviluppi. Sotto il profilo formale la LCA viene strutturata in modo moderno e chiaro e adeguata alle nuove necessità del mercato. Per quanto riguarda gli adeguamenti materiali, la nuova disciplina intende mettere le parti contraenti in condizioni di parità, in particolare, ma non soltanto, migliorando la posizione dello stipulante e degli altri beneficiari del contratto d'assicurazione. Le novità non sono volte solo a colmare le lacune nell'informazione, ad esempio mediante l'estensione degli obblighi d'informare precontrattuali e contrattuali; si vuole anche tenere conto della volontà di dare alle relazioni che precedono la conclusione del contratto e al possibile assetto di quest'ultimo una regolamentazione più adeguata ed equilibrata, in particolare introducendo un diritto di revoca e la possibilità di stipulare contratti retroattivi. Il disegno contiene anche miglioramenti importanti delle disposizioni concernenti la mora (in particolare al pagamento dei premi) e la prescrizione. Viene inoltre preso in considerazione, ad esempio mediante le disposizioni sulla clausola di adeguamento del premio, il bisogno di una disciplina più appropriata delle modifiche contrattuali. Si propone anche di limitare alla somma assicurata l'indennizzo dei costi di prevenzione e di riduzione del danno e di introdurre disposizioni adeguate sulla sovrassicurazione e sulla sottoassicurazione o sull'insufficiente copertura assicurativa nel caso di più danneggiati. L'introduzione di diritti di disdetta e di disposizioni sull'estensione della responsabilità e sulla responsabilità per casi d'assicurazione pendenti disciplinano le questioni che si pongono in relazione alla fine del contratto. Sono state inoltre

inserite alcune modifiche a seguito di considerazioni di natura economica. Una di queste modifiche è l'obbligo addossato allo stipulante che revoca il contratto di rifondere le spese sostenute dall'impresa di assicurazione per accertamenti particolari.

Indice

Compendio	6838
1 Punti essenziali	6843
1.1 Situazione iniziale	6843
1.1.1 Regolamentazione del contratto d'assicurazione sino a fine 2005	6843
1.1.2 Revisione parziale della LCA nell'ambito della revisione della legge sulla sorveglianza degli assicuratori	6843
1.1.3 Commissione di esperti Schnyder	6844
1.2 Avamprogetto posto in consultazione	6844
1.3 Risultato della consultazione	6844
1.4 Analisi d'impatto della regolamentazione	6845
1.5 Punti essenziali della revisione totale proposta	6846
1.5.1 Struttura della legge	6846
1.5.2 Novità materiali	6846
1.6 Diritto comparato e rapporto con il diritto europeo	6848
1.6.1 Diritto comparato	6848
1.6.1.1 UE	6848
1.6.1.2 Normative nazionali nello spazio europeo	6849
1.6.2 Sviluppi	6851
1.6.2.1 Nell'area europea	6851
1.6.2.2 In alcuni Stati membri dell'UE	6852
1.7 Interventi parlamentari	6852
1.7.1 Mozione 00.3537/Furti. Inizio del termine di prescrizione	6852
1.7.2 Mozione 00.3541/Libero passaggio integrale in caso di cambiamento di assicurazione complementare	6853
1.7.3 Mozione 00.3542/Conservazione dei vantaggi nel caso di cambiamento dell'assicurazione complementare	6853
1.7.4 Mozione 00.3570/Legge federale sul contratto d'assicurazione. Disposizioni che regolano la prescrizione	6853
1.7.5 Postulato 02.3693/Indennità giornaliera LCA. Un particolare scempenso	6854
1.7.6 Postulato 03.3596/Relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare	6854
1.7.7 Postulato 07.3395/Premi elevati in caso di passaggio all'assicurazione indennità giornaliera individuale	6855
1.7.8 Mozione 09.3965/Legge sulla sorveglianza degli assicuratori	6856
2 Commento ai singoli articoli	6856
2.1 Titolo 1: Disposizioni generali	6856
2.1.1 Capitolo 1: Campo d'applicazione e diritto semimperativo	6856
2.1.2 Capitolo 2: Conclusione e obbligatorietà del contratto	6860
2.1.2.1 Sezione 1: Perfezionamento e revoca	6860
2.1.2.2 Sezione 2: Obbligo di informare precontrattuale dell'impresa di assicurazione	6866
2.1.2.3 Sezione 3: Obbligo di dichiarazione precontrattuale dello stipulante	6870

2.1.2.4 Sezione 4: Convenzioni speciali	6876
2.1.2.5 Sezione 5: Comunicazioni e osservanza dei termini	6879
2.1.3 Capitolo 3: Premio	6879
2.1.4 Capitolo 4: Verificarsi del sinistro	6881
2.1.4.1 Sezione 1: Oneri dello stipulante e dell'avente diritto	6881
2.1.4.2 Sezione 2: Prestazione dell'impresa di assicurazione	6883
2.1.5 Capitolo 5: Modifica del contratto	6887
2.1.5.1 Sezione 1: Aumento e riduzione del rischio	6887
2.1.5.2 Sezione 2: Adeguamento unilaterale del contratto	6889
2.1.6 Capitolo 6: Fine del contratto	6891
2.1.6.1 Sezione 1: Scioglimento per legge	6891
2.1.6.2 Sezione 2: Disdetta del contratto	6891
2.1.6.3 Sezione 3: Conseguenze della fine del contratto	6894
2.1.7 Capitolo 7: Esecuzione forzata	6895
2.1.8 Capitolo 8: Prescrizione	6897
2.1.9 Capitolo 9: Intermediari assicurativi	6898
2.1.9.1 Sezione 1: Mediatori assicurativi	6899
2.1.9.2 Sezione 2: Agenti assicurativi	6900
2.1.9.3 Sezione 3: Disposizioni comuni agli intermediari assicurativi	6901
2.1.10 Capitolo 10: Protezione dei dati	6902
2.2 Titolo 2: Disposizioni speciali	6905
2.2.1 Capitolo 1: Disposizioni comuni applicabili all'assicurazione contro i danni	6906
2.2.1.1 Sezione 1: Computo, surrogazione e diritto di regresso	6907
2.2.1.2 Sezione 2: Cumulo di assicurazioni	6910
2.2.2 Capitolo 2: Disposizioni comuni applicabili all'assicurazione somme	6912
2.2.3 Capitolo 3: Singoli rami assicurativi	6912
2.2.3.1 Sezione 1: Assicurazione cose	6912
2.2.3.2 Sezione 2: Assicurazione della responsabilità civile	6915
2.2.3.3 Sezione 3: Assicurazione della protezione giuridica	6919
2.2.3.4 Sezione 4: Assicurazione sulla vita	6923
2.2.3.5 Sezione 5: Assicurazione contro le malattie e gli infortuni	6929
2.3 Titolo 3: Rapporti internazionali	6931
2.3.1 Capitolo 1: Disposizioni comuni	6931
2.3.2 Capitolo 2: Diritto applicabile all'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita	6932
2.3.3 Capitolo 3: Diritto applicabile all'assicurazione sulla vita	6932
2.4 Titolo 4: Disposizioni finali	6933
2.5 Allegato 1 (Diritto semimperativo)	6933
2.6 Allegato 2: abrogazione e modifica del diritto vigente	6933
2.6.1 Legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione	6933
2.6.2 Codice delle obbligazioni	6933
2.6.3 Legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori	6934

3 Ripercussioni	6938
3.1 Per la Confederazione, i Cantoni e i Comuni	6938
3.2 Ripercussioni per l'economia	6938
3.2.1 Necessità e possibilità dell'intervento statale	6939
3.2.2 Ripercussioni per le singole categorie di attori	6940
3.2.3 Ripercussioni per l'insieme dell'economia	6941
3.2.4 Regolamentazioni alternative	6942
3.2.5 Adeguatezza dell'esecuzione	6942
4 Programma di legislatura	6943
5 Aspetti giuridici	6943
5.1 Costituzionalità e legalità	6943
5.2 Delega di competenze legislative	6943
Legge federale sul contratto d'assicurazione	
(Legge sul contratto d'assicurazione, LCA) (Disegno)	6945

Messaggio

1 Punti essenziali

1.1 Situazione iniziale

1.1.1 Regolamentazione del contratto d'assicurazione sino a fine 2005

La legge federale del 2 aprile 1908¹ sul contratto d'assicurazione (LCA) disciplina i rapporti contrattuali di diritto privato tra lo stipulante (nonché la persona assicurata, gli aventi diritto o i beneficiari) e l'impresa di assicurazione. La LCA vigente, che nel complesso ha dato buoni risultati per molto tempo, ultimamente è stata oggetto di critiche sempre più forti. Il fatto che il grado di accettazione dell'attuale diritto sul contratto d'assicurazione sia diminuito non è riconducibile soltanto a un cambiamento nella percezione e nella valutazione di questioni inerenti al diritto assicurativo da parte dell'opinione pubblica. Anche nella dottrina è stata deplorato molte volte la mancanza di equilibrio tra gli obblighi dello stipulante da un lato e quelli dell'assicuratore dall'altro come pure la scarsa armonizzazione tra la LCA e il diritto delle obbligazioni in generale. A sua volta, la giurisprudenza si trova sempre più spesso di fronte a problemi ai quali il diritto vigente non offre soluzioni o propone soluzioni inadeguate.

1.1.2 Revisione parziale della LCA nell'ambito della revisione della legge sulla sorveglianza degli assicuratori

La legge del 17 dicembre 2004² sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), entrata in vigore il 1° gennaio 2006, ha comportato pure l'adeguamento di alcune disposizioni della LCA, per il quale non si è voluto attendere la revisione totale. Ad esempio la legge ha stabilito l'obbligo per l'assicuratore di informare lo stipulante, prima della conclusione del contratto, sulla propria identità (dell'assicuratore) e sul contenuto essenziale del contratto (art. 3 LCA). In caso di violazione di tale obbligo, lo stipulante aveva la possibilità di recedere dal contratto stipulato (art. 3a LCA). La legge ha inoltre introdotto il principio di causalità in caso di reticenza: se a seguito di una reticenza l'assicuratore scioglie il contratto, l'obbligo di fornire la prestazione si estingue soltanto per i danni sul cui insorgere o sulla cui portata ha influito il fatto che è stato oggetto della reticenza (art. 6 LCA). Sono stati inoltre definiti il principio della divisibilità del premio in caso di scioglimento o fine del contratto d'assicurazione prima della sua durata (art. 24 LCA) e lo scioglimento del contratto d'assicurazione al momento del cambiamento di proprietario (art. 54 LCA). Quest'ultima disposizione è stata in seguito nuovamente corretta: se l'oggetto del contratto cambia proprietario, il contratto d'assicurazione passa al nuovo proprietario; questi può disdirlo entro 30 giorni dal momento del trapasso di proprietà (06.468; iniziativa parlamentare Hegetschweiler).

¹ RS 221.229.1

² RS 961.01

1.1.3 Commissione di esperti Schnyder

L'11 febbraio 2003 il Dipartimento federale di giustizia e polizia, che era allora competente, aveva incaricato una commissione scientifica di esperti³, presieduta dal prof. dott. Anton K. Schnyder dell'Università di Zurigo, di procedere a un rimaneggiamento totale della LCA, necessario nonostante la revisione parziale già effettuata. La commissione doveva elaborare un avamprogetto di legge e il relativo rapporto esplicativo concernente la revisione totale della legge sul contratto d'assicurazione. Essa doveva tenere conto delle proposte politiche già note che non erano state attuate nella revisione parziale della LCA, dell'evoluzione del diritto in materia di contratti d'assicurazione negli Stati limitrofi e nel resto dell'Europa nonché della delimitazione rispetto al diritto delle assicurazioni sociali. Nel mese di agosto del 2006, la commissione ha trasmesso al Dipartimento federale delle finanze (DFF), divenuto nel frattempo l'autorità competente, il progetto unitamente al relativo rapporto esplicativo. Successivamente il DFF è stato incaricato di elaborare, basandosi sul progetto degli esperti, l'avamprogetto da porre in consultazione.

1.2 Avamprogetto posto in consultazione

L'avamprogetto elaborato per la procedura di consultazione manteneva l'indirizzo generale dei lavori già svolti, ma si scostava in alcuni punti dalle proposte della commissione di esperti, segnatamente:

- ridefiniva la disciplina dell'intermediazione assicurativa;
- rinunciava a inserire fattispecie sussidiarie generali per le assicurazioni obbligatorie della responsabilità civile;
- rinunciava a conferire all'impresa di assicurazione un diritto di recesso limitato nel tempo per l'assicurazione individuale delle cure medico-sanitarie;
- rinunciava a introdurre un controllo del contenuto delle condizioni generali di assicurazione da parte dei tribunali;
- ridefiniva le norme concernenti l'inizio del termine di prescrizione.

La procedura di consultazione è iniziata il 21 gennaio 2009 e si è conclusa il 31 luglio 2009.

1.3 Risultato della consultazione

La stragrande maggioranza dei partecipanti alla consultazione ha accolto favorevolmente l'intero avamprogetto o perlomeno il principio, sebbene i sostenitori abbiano espresso numerose riserve, in parte rilevanti. In particolare le cerchie dell'economia erano dell'avviso che le numerose norme imperative e semimperative limitassero

³ La commissione si componeva dei membri seguenti: giudice d'appello dott. Alexander Brunner, prof. dott. Vincent Brulhart, avv. Olivier Carré, avv. dott. Andrea Eisner-Kiefer, libero docente dott. Stephan Fuhrer, prof. dott. Peter Gauch (fino al 15 febbraio 2005), prof. dott. Franz Hasenböhler, prof. dott. Bettina Kahil-Wolff, prof. dott. Alfred Koller (fino al 31 dicembre 2003), dott. Matthias Nast, avv. Peter Pfund, prof. dott. Hans Peter Walter, giudice del tribunale commerciale Stephan Weber.

un'analisi d'impatto di 12 regolamentazioni centrali della revisione di legge. Il 14 ottobre 2010 il DFF ha pubblicato il rapporto finale dell'impresa incaricata. I risultati del progetto «Regole di distribuzione», che servono alla rielaborazione delle disposizioni sull'intermediazione assicurativa, sono stati presentati dalla FINMA nel mese di novembre del 2010.

I risultati dell'analisi d'impatto sono presi in esame nel numero 3.2 ed eventualmente nel commento alle singole disposizioni (n. 2). Delle conclusioni del rapporto della FINMA sulla distribuzione di prodotti finanziari si è tenuto conto in particolare nell'elaborazione della regolamentazione in materia d'intermediazione (n. 2.1.9).

1.5 Puntii essenziali della revisione totale proposta

1.5.1 Struttura della legge

La struttura della legge sul contratto d'assicurazione riveduta si basa in ampia misura sulle proposte della commissione di esperti. La legge è suddivisa in quattro titoli e due allegati.

Il titolo 1 (Disposizioni generali) comprende 10 capitoli e si applica a tutti i contratti d'assicurazione. Esso disciplina il campo d'applicazione e il diritto semimperativo, la conclusione e l'obbligatorietà del contratto, il premio (prestazione dello stipulante), il verificarsi del sinistro (prestazione dell'impresa di assicurazione), la modifica del contratto, la fine del contratto, l'esecuzione forzata (nei confronti dell'assicuratore e dello stipulante), la prescrizione, l'intermediazione assicurativa e la protezione dei dati.

Il titolo 2 (Disposizioni speciali) è suddiviso in tre capitoli. Il primo e il secondo capitolo sanciscono la differenza fondamentale, valida per tutti i rami assicurativi, tra l'assicurazione contro i danni e l'assicurazione somme che sostituisce l'attuale distinzione, spesso contestata, tra assicurazione contro i danni e assicurazione delle persone. Il capitolo 3 prevede discipline speciali per rami assicurativi specifici, distinguendo conformemente alla terminologia attuale tra assicurazione cose, assicurazione della responsabilità civile, assicurazione della protezione giuridica, assicurazione sulla vita e assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

Nei titoli 3 e 4 si trovano le prescrizioni sui rapporti internazionali nonché le disposizioni finali e transitorie.

L'allegato 1 elenca le norme di diritto semimperativo. L'allegato 2 enumera le modifiche che dovranno essere apportate ad altre leggi federali in ragione della revisione della LCA.

1.5.2 Novità materiali

Rispetto al diritto in vigore sono state apportate le seguenti modifiche o previste le seguenti innovazioni:

- introduzione di un diritto generale di revoca: l'articolo 7 contempla per tutti gli stipulanti (consumatori e clienti delle imprese) un diritto di revoca che può essere esercitato entro 14 giorni. Il diritto di revoca è escluso in caso di

assicurazioni collettive di persone, di garanzie di copertura provvisoria, nonché di contratti d'assicurazione di durata inferiore a un mese;

- introduzione della possibilità di stipulare contratti d'assicurazione con effetto retroattivo: in alcuni casi il disegno di legge consente alle parti contraenti di concordare la copertura assicurativa per eventi del passato (art. 24);
- allungamento del termine di prescrizione: il termine è allungato a dieci anni per le prestazioni assicurative e a cinque anni per i crediti di premi (art. 64);
- regolamentazione della clausola di adeguamento del premio (possibilità di modifica contrattuale): oggetto della clausola di adeguamento del premio è l'aumento del premio per la durata del contratto. Il diritto vigente non prevede (tranne per le assicurazioni sulla vita; art. 132 dell'ordinanza del 9 novembre 2005⁶ sulla sorveglianza) disposizioni in merito (art. 48);
- introduzione di un diritto generale di disdetta: è introdotto un diritto di disdetta ordinario dopo una durata contrattuale di tre anni. Le parti contraenti possono anche convenire reciprocamente termini di disdetta più brevi. Per le assicurazioni sulla vita i termini di disdetta più brevi sono applicabili dopo un anno (art. 52);
- rinuncia al diritto di disdetta in caso di sinistro: con l'introduzione di un diritto generale di disdetta dopo tre anni, la possibilità di disdire il contratto in caso di sinistro non risulta più imperativamente necessaria;
- disposizioni sull'estensione della responsabilità e sulla responsabilità per i casi d'assicurazione pendenti: è possibile che il rischio assicurato (ad es. infortunio) si verifichi nel corso del contratto, ma che il danno derivato (ad es. spese di cura, perdita di guadagno) insorga soltanto dopo la fine del contratto d'assicurazione. In linea di principio l'obbligo di prestazione dell'assicuratore presuppone cumulativamente il verificarsi di rischi e danni assicurati nel corso del contratto. Il disegno di legge prevede un'estensione della responsabilità a dieci anni nei casi in cui il danno insorge dopo la fine del contratto, qualora il rischio assicurato si sia verificato nel periodo di validità del contratto. Sono inoltre nulle le clausole che limitano o sopprimono gli obblighi di prestazione esistenti alla fine del contratto (casi d'assicurazione pendenti) (art. 55–56);
- regolamentazione dell'intermediazione assicurativa: per gli intermediari assicurativi viene introdotto l'obbligo d'informare e per i mediatori assicurativi l'obbligo di fornire informazioni sulla loro remunerazione (art. 65 segg.);
- introduzione del diritto di credito diretto nell'assicurazione della responsabilità civile: il diritto di credito diretto del danneggiato nei confronti dell'assicurazione della responsabilità civile dell'autore del danno, che sostituisce l'attuale pegno del danneggiato sulla prestazione assicurativa, garantisce che la prestazione assicurativa sia effettivamente versata al danneggiato e non venga impiegata per altri scopi dalla persona civilmente responsabile o dal suo creditore (art. 91);

- ripresa del sistema dei medici di fiducia: ripresa parziale del sistema dei medici di fiducia per le assicurazioni malattie complementari e l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, se ciò è necessario per la protezione dei dati degli assicurati (art. 72).

1.6 Diritto comparato e rapporto con il diritto europeo

1.6.1 Diritto comparato

1.6.1.1 UE

L'acquis comunitario europeo non contiene una disciplina compiuta del diritto del contratto d'assicurazione. Il progetto di una direttiva armonizzatrice, elaborato nel 1979⁷, non poté essere concretizzato e fu pertanto ritirato dalla Commissione europea. Pertanto la regolamentazione di questa materia spetta ancora agli Stati nazionali.

Ciononostante il diritto comunitario secondario interviene più o meno direttamente nel diritto del contratto d'assicurazione. Ad esempio, le direttive CE relative all'assicurazione vita e all'assicurazione non vita hanno portato all'introduzione dell'obbligo per le imprese di assicurazione di informare e consigliare lo stipulante. Queste direttive confluiranno nel dispositivo «Solvency II», che dovrebbe entrare in vigore il 1° gennaio 2013 e che adegua le esigenze normative applicabili agli assicuratori, in particolare per quanto riguarda la gestione dei rischi e i requisiti concernenti la capitalizzazione delle imprese di assicurazione. Parallelamente, il nuovo dispositivo punta alla creazione di un mercato unificato per le prestazioni assicurative in Europa.

Dal canto suo, la *Direttiva sulla intermediazione assicurativa*⁸ ha comportato l'introduzione di un obbligo di informazione, consulenza e documentazione a carico degli intermediari. Questa direttiva è attualmente in fase di revisione e un primo progetto dovrebbe essere presentato a fine 2011. Il progetto rispecchierà presumibilmente sia l'orientamento generale della direttiva relativa ai mercati degli strumenti finanziari (*Markets in Financial Instruments Directive*, MiFID), sia i lavori della Commissione europea relativi ai prodotti finanziari per piccoli investitori (*Packaged Retail Investment Products*, PRIIPs). La Commissione mira in particolare a migliorare la trasparenza e a garantire parità di condizioni («level playing field») per la vendita di prodotti assicurativi tra intermediari assicurativi e imprese di assicurazione.

La direttiva del 23 settembre 2002⁹ concernente la commercializzazione a distanza di servizi finanziari ai consumatori istituisce in particolare uno speciale diritto di revoca. Inoltre, le disposizioni previste nelle direttive sull'assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli hanno consistente-

⁷ GU C 190 del 28.7.1979, pag. 2; GU C 355 del 31.12.1980, pag. 30.

⁸ Direttiva 2002/92/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 dicembre 2002 sulla intermediazione assicurativa, GU L 9 del 15.1.2003, pag. 3.

⁹ Direttiva 2002/65/CE, del 23 settembre 2002, concernente la commercializzazione a distanza di servizi finanziari ai consumatori e che modifica la direttiva 90/619/CEE del Consiglio e le direttive 97/7/CE e 98/27/CE, GU L 271 del 9.10.2002, pag. 16.

mente migliorato la protezione della parte lesa¹⁰ Queste direttive sono ora codificate in una direttiva generale sugli autoveicoli¹¹.

1.6.1.2 Normative nazionali nello spazio europeo

In Svizzera l'evoluzione del diritto in materia di sorveglianza degli assicuratori e l'interazione con il diritto del contratto d'assicurazione vanno di pari passo con quanto avviene nell'UE. La deregolamentazione intrapresa con la LSA, che consisteva in larga misura in una trasposizione autonoma del diritto comunitario secondario, è stata accompagnata dal rafforzamento della protezione dello stipulante nel diritto del contratto d'assicurazione. Una prima revisione parziale della LCA ha permesso di rispondere a questioni urgenti relative alla protezione dei consumatori. Il presente progetto di revisione totale, che completa e amplia la revisione parziale, intende costituire un atto normativo moderno e adeguato ai tempi.

Confrontando tali principali cambiamenti con le normative di alcuni Stati europei si constata che queste vanno nella stessa direzione del presente progetto.

La Germania, ad esempio, conosce un illimitato *diritto di revoca* qualora l'impresa di assicurazione non abbia pienamente adempiuto i propri obblighi di informazione. In Francia la legislazione prevede un diritto di recesso soltanto per i contratti di assicurazione sulla vita (30 giorni) e per i contratti stipulati con un intermediario o a distanza (14 giorni).

In Germania, gli *obblighi precontrattuali di informare* sono disciplinati in una specifica ordinanza («Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen»). In Francia vige l'obbligo di consegnare allo stipulante, prima della conclusione del contratto, un documento che informi sul diritto di recesso, sul prezzo, sulla copertura assicurativa e sulle relative eccezioni nonché sugli obblighi dell'assicurato. In Finlandia, la legge sul contratto d'assicurazione stabilisce un obbligo d'informare precontrattuale, in particolare per quanto riguarda i casi di esclusione della copertura assicurativa.

In Germania, la riveduta legge sul contratto d'assicurazione dispone, per quanto concerne l'*obbligo precontrattuale di dichiarazione*, che l'impresa di assicurazione deve porre all'assicurato le domande necessarie. Quest'ultimo deve fornire per scritto le informazioni richieste. Il suddetto obbligo si limita peraltro alle circostanze di cui lo stipulante ha piena conoscenza. Lo stipulante non è tenuto a fornire informazioni veritiere su fatti che non gli sono stati chiesti o sui quali non gli è stato chiesto di esprimersi. Anche in Francia lo stipulante è tenuto a rispondere con la massima precisione alle domande dell'assicuratore. A determinate condizioni, la violazione intenzionale degli obblighi precontrattuali di dichiarazione può comportare la nullità del contratto. Il diritto inglese dei consumatori nel settore assicurativo, fondato sul *Marine Insurance Act* del 1906, è attualmente oggetto di una revisione

¹⁰ Direttiva 2009/103/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 concernente l'assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli e il controllo dell'obbligo di assicurare tale responsabilità.

¹¹ Direttiva 2009/103/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 concernente l'assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli e il controllo dell'obbligo di assicurare tale responsabilità, GU L 263 del 7.10.2009, pag. 11.

integrale. Nell'ambito della revisione è previsto che l'attuale obbligo precontrattuale di dichiarazione del cliente, considerato estremamente severo e giudicato sfavorevole ai consumatori, sia sostituito con un obbligo di rispondere con la necessaria diligenza alle domande dell'assicuratore, fornendo risposte complete ed esatte.

In Germania, al momento del verificarsi del sinistro l'assicurato deve provvedere a *prevenire e ridurre il danno*. In caso di violazione intenzionale di tale onere l'assicuratore può rifiutare la prestazione assicurativa, oppure ridurla se l'assicurato ha agito con grave negligenza. Anche in Austria, in caso di verificarsi del sinistro l'assicurato è tenuto per quanto possibile a provvedere alla prevenzione e alla riduzione del danno, seguendo le istruzioni dell'assicuratore. La violazione intenzionale di quest'obbligo dispensa l'assicuratore dal proprio obbligo di prestazione, a differenza invece della violazione per negligenza grave sempreché il danno non sarebbe risultato minore quand'anche l'obbligo di prevenzione e di riduzione del danno fosse stato correttamente adempiuto. L'assicurato ha in linea di principio diritto al rimborso delle spese sopportate.

In Germania, per i contratti di assicurazione sulla vita, di assicurazione contro l'incapacità lavorativa o di assicurazione malattie dai quali l'assicuratore non può recedere, gli *adeguamenti dei premi* devono essere controllati da un fiduciario indipendente. In Francia gli adeguamenti dei premi non possono essere impugnati dall'assicurato se risultano dall'applicazione di una clausola contrattuale di indicizzazione di un sistema di malus, da modifiche tariffarie o da un nuovo obbligo di copertura prescritto dalla legge. In assenza però di una clausola contrattuale concernente l'adeguamento delle tariffe assicurative da parte dell'assicuratore, questi non può aumentare i premi contro la volontà dell'assicurato. Non legittimano adeguamenti di premio né la modifica del rischio assicurativo nell'assicurazione sulla vita né lo stato di salute dell'assicurato nell'assicurazione malattie.

Il *recesso* da un contratto pluriennale è ora ammesso in Germania già dopo tre anni (anziché dopo cinque anni come in precedenza). L'assicuratore non può invece sciogliere un contratto d'assicurazione malattie (obbligatoria). In Francia l'assicuratore può prevedere nelle condizioni generali di assicurazione sia le modalità di recesso ordinario sia la possibilità di recedere dal contratto in caso di sinistro. Nel settore delle assicurazioni private la *Loi Chatel*¹² riconosce all'assicurato privato il diritto di recedere in qualsiasi momento da un contratto prorogato tacitamente nel caso in cui l'assicuratore abbia violato il proprio obbligo di informazione riguardo al termine di recesso.

La revisione della legge tedesca sul contratto d'assicurazione ha portato all'unificazione dei *termini di prescrizione* e il loro adeguamento ai termini previsti dal codice civile. Il termine ordinario di prescrizione è di tre anni. In Francia è di due anni per tutte le azioni in materia di contratto d'assicurazione. Tuttavia, il termine è di 10 anni per i contratti di assicurazione contro gli infortuni se il beneficiario è un avente causa dell'assicurato deceduto e, nei contratti di assicurazione sulla vita, se il beneficiario non è lo stesso stipulante.

La legge tedesca sul contratto d'assicurazione non disciplina la *remunerazione dei mediatori*. Le remunerazioni devono comunque essere indicate in modo trasparente.

¹² Cfr. Loi n 2005-67 del 28 luglio 2005, www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606011&dateTexte=

In Francia il mediatore assicurativo è sostanzialmente considerato mandatario dell'assicurato. Su richiesta del cliente egli deve fornire informazioni sulla sua remunerazione, a condizione che i premi annui eccedano l'importo di 20 000 euro. L'attuazione della direttiva relativa ai mercati degli strumenti finanziari (direttiva MiFID¹³) non ha avuto ripercussioni sul disciplinamento della remunerazione dei mediatori. Nei Paesi scandinavi è di grande attualità l'idea di un sistema di quotazione online («net quoting»)¹⁴: in Finlandia, in seguito all'attuazione della direttiva dell'UE, dal 1° agosto 2008 (con periodo transitorio triennale) i mediatori assicurativi possono essere remunerati soltanto dal cliente. Tra il 2006 e il 2009 il numero di mediatori è diminuito soltanto in modo irrilevante, passando da 341 a 331. Anche in Norvegia, dal 2008 i mediatori non possono più accettare provvigioni dalle imprese di assicurazione; il mercato dell'intermediazione si è però mantenuto costante. In Danimarca, il 1° luglio 2007 è entrato in vigore un divieto legale di versare provvigioni nell'assicurazione sulla vita e nell'assicurazione di cose; è tuttavia previsto un periodo transitorio che terminerà il 1° luglio 2011. In Svezia la MiFID è stata attuata nel novembre 2007. Il mediatore assicurativo deve informare il cliente prima della conclusione del contratto in merito alla sua remunerazione. Il settore assicurativo ha introdotto di propria iniziativa premi netti per i clienti che si avvalgono di un intermediario.

1.6.2 Sviluppi

1.6.2.1 Nell'area europea

L'evoluzione del diritto europeo in materia di sorveglianza degli assicuratori è caratterizzata soprattutto da una certa deregolamentazione, che ha influito anche sul diritto del contratto d'assicurazione. Il passo più significativo in tale contesto è sicuramente la rinuncia a un controllo preventivo dei prodotti. Pur avendo determinato un aumento della varietà dei prodotti, la deregolamentazione ha però penalizzato la trasparenza e la comparabilità dei prodotti, deteriorando tendenzialmente la posizione dello stipulante come parte contraente. Per compensare questa evoluzione, alcuni Stati europei hanno recentemente ricominciato a procedere a una maggiore regolamentazione del diritto del contratto d'assicurazione.

Un gruppo di progetto scientifico¹⁵ ha elaborato e consegnato a fine 2007 alla Commissione europea un progetto per un sistema europeo del diritto del contratto d'assicurazione (*Principles of European Insurance Contract Law*, PEICL).¹⁶ Questi «principi» devono costituire un modello normativo finalizzato a facilitare la comprensibilità dei concetti e rivolto anche ai legislatori nazionali. Essi sono ora integrati in un quadro comune di riferimento (*Common Frame of Reference*, CFR) che sancisce definizioni e principi fondamentali uniformi per un diritto europeo del contratto d'assicurazione e che deve essere una sorta di modello per i legislatori nazionali. La Commissione ha proceduto a una serie di consultazioni, terminate nel

¹³ Direttiva 2004/39/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 aprile 2004 relativa ai mercati degli strumenti finanziari, che modifica le direttive 85/611/CEE e 93/6/CEE del Consiglio e la direttiva 2000/12/CE del Parlamento europeo e del Consiglio e che abroga la direttiva 93/22/CEE del Consiglio, GU L 145 del 30.4.2004, pag. 1.

¹⁴ Cfr. Verbund deutscher Honorarberater (VDH), loc. cit.

¹⁵ Restatement of European Insurance Contract Law.

¹⁶ Cfr. <http://restatement.info/cfr/Draft-CFR-Insurance-Contract-17122007-FINAL.pdf>.

gennaio 2011, concernente il proseguimento del CFR ed entro il 2012 intende presentare proposte concrete in merito decidendo in tal modo anche il destino dei principi PEICL.

1.6.2.2 In alcuni Stati membri dell'UE

Poiché le singole normative nazionali in materia di contratto d'assicurazione non sono uniformate, sarebbe complicato presentarle in questa sede in modo più approfondito. Tuttavia, oltre alle spiegazioni di cui al numero 1.6.1.2, nel commento ai singoli articoli si rinverrà quando opportuno alle normative di altri Stati europei. Sostanzialmente si può osservare che in molti Stati membri dell'UE il diritto del contratto d'assicurazione è stato oggetto di revisioni recenti o si trova attualmente in fase di revisione.

In *Germania* è entrato in vigore il 1° gennaio 2008 una legge riveduta sul contratto d'assicurazione. L'*Austria* si sta occupando attualmente di disciplinare a livello di legge la comunicazione per via elettronica tra assicuratore e assicurato. È inoltre in corso una revisione dell'accertamento da parte dell'assicuratore dei dati personali relativi allo stato di salute e una riforma per la semplificazione del diritto di recesso. In *Francia*, il «Code des assurances» è stato oggetto negli ultimi anni di una serie di revisioni parziali, parte delle quali entrati in vigore soltanto quest'anno. In *Gran Bretagna* la giurisprudenza in materia di contratto d'assicurazione si fonda ancora sul «Marine Insurance Act» del 1906. Nonostante sia stata ripetutamente invocata una riforma, nel corso del tempo sono state emanate soltanto normative complementari. Nel 2006 la «Law Commission» ha avviato un progetto completo di riforma per il disciplinamento del diritto del contratto d'assicurazione. Al momento sta elaborando due progetti di legge, uno riguardante la categoria dei consumatori e l'altro quella delle imprese di assicurazione. Parallelamente le leggi dovrebbero sostituire i numerosi atti regolamentari esistenti. In *Finlandia* sono state adottate negli ultimi mesi leggi rivedute concernenti il settore assicurativo. La regolamentazione della remunerazione dei mediatori assicurativi prevede ora che quest'ultimi fatturino i propri compensi direttamente ai clienti. Il diritto del contratto d'assicurazione è stato rielaborato solo pochi anni fa anche in *Norvegia* e in *Svezia*. In *Norvegia* l'intermediazione assicurativa è stata disciplinata in una legge del 10 giugno 2005, riveduta il 19 giugno 2009. In *Svezia* il settore è regolamentato in una legge in vigore dal luglio 2005.

1.7 Interventi parlamentari

1.7.1 Mozione 00.3537/Furti. Inizio del termine di prescrizione

Il Tribunale federale ha considerato (DTF 126 III 278) che il termine di prescrizione di due anni, già alquanto breve, previsto in caso di furto decorre dal momento in cui è commesso il reato e non dal momento in cui si viene a conoscenza dello stesso. Ciò potrebbe avere conseguenze difficilmente accettabili perché i diritti dei derubati potrebbero essere già caduti in prescrizione quando si scopre il furto. Con la mozione del 5 ottobre 2000 «Furti. Inizio del termine di prescrizione» il consigliere

nazionale Peter Jossen-Zinsstag invita il Consiglio federale a modificare di conseguenza le disposizioni della legge sul contratto d'assicurazione.

Il disegno di legge tiene conto adeguatamente del problema sollevato dalla mozione nell'articolo 64, secondo il quale i crediti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in dieci anni a decorrere dal sinistro. In linea di principio potrà ancora capitare che il termine di prescrizione decorra prima che il sinistro sia scoperto. Con il prolungamento del termine di prescrizione, casi come quelli citati dall'autore della mozione non dovrebbero praticamente più verificarsi. Proponiamo dunque di togliere di ruolo la mozione.

1.7.2 Mozione 00.3541/Libero passaggio integrale in caso di cambiamento di assicurazione complementare

La mozione del Gruppo dell'Unione democratica di centro, trasformata in postulato, chiede l'istituzione di un termine legale massimo oltre il quale gli assicuratori non sono più autorizzati a imporre riserve in caso di conclusione di una nuova assicurazione complementare.

L'assicurazione malattie complementare è un contratto di diritto privato. L'introduzione di un termine per formulare riserve limiterebbe il principio della libertà contrattuale, che è uno dei fondamenti del diritto privato. Inoltre il termine potrebbe avere effetti controproducenti anche per gli assicurati, perché indurrebbe l'impresa di assicurazione a respingere una domanda di affiliazione qualora il rischio da assumere le apparisse eccessivo. Proponiamo dunque di togliere di ruolo il postulato.

1.7.3 Mozione 00.3542/Conservazione dei vantaggi nel caso di cambiamento dell'assicurazione complementare

La mozione del Gruppo dell'Unione democratica di centro, trasformata anch'essa in postulato, chiede che, in caso di cambiamento dell'assicurazione complementare, il nuovo assicuratore mantenga i vantaggi acquisiti dall'assicurato nell'assicurazione complementare (per il numero d'anni di affiliazione, l'assenza di danni, ecc.) nella misura in cui accorda vantaggi simili ai suoi propri affiliati.

Anche la richiesta di questo intervento si traduce in sostanza in un'ingerenza eccessiva nell'autonomia contrattuale. La decisione concernente i vantaggi da garantire ai propri assicurati deve essere lasciata all'impresa di assicurazione. Proponiamo di togliere di ruolo il postulato.

1.7.4 Mozione 00.3570/Legge federale sul contratto d'assicurazione. Disposizioni che regolano la prescrizione

La mozione del consigliere nazionale Urs Hofmann, trasformata in postulato, invita il Parlamento a presentare una modifica di legge che estenda a 10 anni il termine minimo di prescrizione previsto nell'articolo 46 capoverso 1 LCA.

L'articolo 64 del presente disegno di legge istituisce un termine di prescrizione di 10 anni per le prestazioni assicurative e di cinque anni per i crediti risultanti dai premi. La richiesta del postulato è dunque soddisfatta. Proponiamo di togliere di ruolo il postulato.

1.7.5 Postulato 02.3693/Indennità giornaliera LCA. Un particolare scopenso

Nel suo postulato, il consigliere nazionale Meinrado Robbiani fa notare che secondo il diritto vigente, in caso di sospensione di un contratto d'indennità giornaliera LCA, ad esempio per mancato pagamento dei premi da parte del datore di lavoro, l'impresa di assicurazione non è tenuta a informare la persona assicurata o a offrirle la possibilità di concludere un contratto d'assicurazione individuale. Il Consiglio federale è invitato a ovviare a questa ingiustizia.

L'idea alla base dell'articolo 3 capoverso 3 LCA, che è entrato in vigore il 1° gennaio 2006, è ripresa in forma di obbligo d'informare nelle assicurazioni collettive aziendali nell'articolo 116. Inoltre, lo stipulante è tenuto a informare la persona assicurata in merito a un eventuale diritto di passaggio a un'assicurazione individuale. Se l'obbligo d'informare chiesto dal postulato fosse introdotto, le *imprese di assicurazione* non sarebbero in grado di adempiere l'obbligo di informazione nei confronti delle persone assicurate, poiché in particolare l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia è in linea di principio un'assicurazione della massa salariale e pertanto l'assicuratore non sa chi lavora presso lo stipulante. Il presente disegno continua a prevedere un diritto legale di passaggio soltanto per le persone che sono considerate disoccupate ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione. In caso contrario vige anche nella fattispecie il principio della libertà contrattuale, per cui nelle assicurazioni collettive d'indennità giornaliera per malattia ai sensi della LCA non è previsto un diritto generale di passaggio. Proponiamo di togliere di ruolo il postulato.

1.7.6 Postulato 03.3596/Relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare

Questo postulato della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale incarica il Consiglio federale di presentare un rapporto che illustri le relazioni tra l'assicurazione malattie di base e quella complementare e di elaborare adeguate proposte in materia di legislazione.

In sostanza, va detto innanzitutto che gli articoli 12 capoverso 2 e 21 capoverso 2 LAMal assoggettano le assicurazioni complementari facoltative dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) alla sorveglianza dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) e alle disposizioni della LCA, mentre la sorveglianza sull'assicurazione malattie obbligatoria è esercitata dall'Ufficio federale della sanità pubblica (art. 21 cpv. 3 LAMal). Gli assicurati possono stipulare le assicurazioni di base e quelle complementari presso assicuratori diversi (cfr. art. 7 cpv. 7 e 8 LAMal).

Dall'adozione del postulato sono entrate in vigore, sia nell'ambito delle assicurazioni sociali, sia in quello delle assicurazioni private, nuove disposizioni di legge

atte a migliorare la trasparenza dell'assicurazione malattie e il livello di informazione degli stipulanti sulle relazioni e le differenze tra assicurazione di base e assicurazione complementare.

Dal 2006, ad esempio, il formulario d'affiliazione all'AOMS può contenere esclusivamente indicazioni sull'AOMS, e quindi non deve contenere nessun dato, nessuna indicazione o qualsivoglia correlazione con le assicurazioni complementari facoltative (art. 6a dell'ordinanza del 27 giugno 1995¹⁷ sull'assicurazione malattie); questa disposizione è finalizzata a rendere più trasparente per gli stipulanti la distinzione tra assicurazione obbligatoria e facoltativa sin dalla fase che precede la conclusione di un contratto. Dall'entrata in vigore della revisione parziale della LCA, inoltre, prima di concludere un contratto di assicurazione complementare gli assicuratori sono tenuti a informare in modo comprensibile lo stipulante sul contenuto essenziale del contratto. Il presente disegno di legge estende questi obblighi esigendo in modo specifico per le assicurazioni complementari malattie l'informazione sul metodo di finanziamento, compresi la costituzione e l'utilizzazione di accantonamenti fondati sull'età (art. 12 cpv. 2 lett. c).

Infine, da quando è stato accolto il postulato, l'obbligo di presentare le modifiche delle tariffe e delle condizioni generali di assicurazione nel ramo delle assicurazioni malattie complementari (art. 4 cpv. 2 lett. r LSA e art. 5 LSA) è stato esteso: l'autorità di vigilanza esamina se i premi previsti sono stabiliti entro limiti tali da garantire, da un lato, la solvibilità dei singoli istituti di assicurazione e, dall'altro, la protezione degli assicurati contro gli abusi (art. 38 LSA). Sotto questo aspetto l'assicurazione complementare malattie costituisce, insieme all'assicurazione collettiva sulla vita, un'eccezione alla tendenza assai diffusa nelle assicurazioni private di dispensare gli assicuratori dall'obbligo di presentazione.

Ulteriori modifiche non sono necessarie. Proponiamo di togliere di ruolo il postulato.

1.7.7 Postulato 07.3395/Premi elevati in caso di passaggio all'assicurazione indennità giornaliera individuale

Il postulato della consigliera nazionale Edith Graf-Litscher incarica il Consiglio federale di esaminare la possibilità di rendere più sociali l'aumento dei premi in seguito al passaggio da un'assicurazione collettiva in caso di malattia ai sensi della LCA a un'assicurazione individuale d'indennità giornaliera. Come soluzione è stata proposta la riformulazione delle disposizioni concernenti il passaggio o l'introduzione di un tetto all'ammontare dei premi.

L'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia ai sensi della LCA è retta dal diritto privato e quindi dal principio della libertà contrattuale. In virtù di questo principio, le imprese di assicurazione non sono obbligate ad ammettere nell'assicurazione individuale gli assicurati che in seguito alla cessazione del rapporto di lavoro escono dall'assicurazione collettiva. Tanto l'introduzione di un obbligo di ammissione, quanto l'inserimento di disposizioni sul calcolo e sulla determinazione dei premi sarebbero una profonda ingerenza nell'autonomia contrattuale.

Le differenze tra i premi dell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera e quella individuale sono riconducibili in primo luogo alla diversa struttura dei rischi. Spetta però all'impresa di assicurazione elaborare modelli tariffari per le singole imprese. Contrariamente a quanto previsto per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia, nel caso dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera gli assicuratori devono sottoporre preliminarmente le tariffe alla FINMA per approvazione. In tal misura è garantito che le tariffe si fondino su basi giustificabili.

Proponiamo di togliere di ruolo il postulato.

1.7.8 Mozione 09.3965/Legge sulla sorveglianza degli assicuratori

La mozione incarica il Consiglio federale di escludere dalla sorveglianza prevista dalla LSA le società cooperative di assicurazione che sono strettamente legate a un'associazione/un consorzio, il cui scopo principale non è l'attività assicurativa e che hanno una cerchia ristretta di assicurati. Il presente disegno risponde in linea di principio alla richiesta della mozione del consigliere agli Stati Ivo Bischofberger. Si rimanda in questa sede alle ulteriori spiegazioni di cui al numero 2.6.2.

Proponiamo di togliere di ruolo la mozione.

2 Commento ai singoli articoli

2.1 Titolo 1: Disposizioni generali

2.1.1 Capitolo 1: Campo d'applicazione e diritto semimperativo

Si è rinunciato a integrare nel disegno di legge la disposizione dell'articolo 3 AP-LCA (Rapporto con il rimanente diritto privato), poiché il principio enunciato è ovvio. Sotto il profilo della sistematica la LCA è una legge sussidiaria al CO. Le disposizioni della LCA prevalgono sul diritto generale delle obbligazioni in quanto *lex specialis*. In assenza di una disposizione speciale, per l'eliminazione delle lacune e l'interpretazione ci si fonda sui principi del CO e del CC¹⁸ come pure su tutte le leggi di complemento del Codice civile rilevanti per il diritto contrattuale.

Art. 1 Campo d'applicazione

Cpv. 1

La legge si applica a tutti i contratti d'assicurazione di diritto privato e all'intermediazione assicurativa.

Il campo d'applicazione materiale è descritto in forma positiva, in quanto fa riferimento al contratto d'assicurazione. Si è rinunciato volutamente a dare una definizione legale del contratto d'assicurazione, affinché si possa tenere conto anche dell'evoluzione della nozione di assicurazione. L'evoluzione del diritto e la delimi-

tazione del contratto d'assicurazione rispetto ad altri negozi giuridici devono essere lasciate alla dottrina e alla giurisprudenza.

Rispetto alla normativa in vigore, il disegno di legge prevede un campo d'applicazione leggermente più esteso che include ora anche i contratti d'assicurazione di diritto privato conclusi da imprese di assicurazione non sottoposte alla sorveglianza sulle assicurazioni. Questa estensione si giustifica con il fatto che per lo stipulante, che è la parte da proteggere, non può essere rilevante sapere se l'impresa con cui conclude il contratto è assoggettata o no alla sorveglianza.

Come detto in precedenza, le norme del disegno di legge sono a priori non applicabili ai rapporti inerenti al diritto delle assicurazioni sociali. Inoltre, sono esclusi dal campo d'applicazione del disegno i contratti d'assicurazione di diritto pubblico con l'Assicurazione svizzera contro i rischi delle esportazioni (LARE) e i rapporti assicurativi con gli istituti cantonali di assicurazione immobiliare.

Sono ovviamente fatte salve anche le prescrizioni di diritto speciale che hanno per oggetto un contratto d'assicurazione di diritto privato. Le pertinenti prescrizioni della LAMal prevalgono sulle norme del disegno di legge, segnatamente per le assicurazioni malattie complementari.

Cpv. 2

L'esclusione dei contratti di riassicurazione dal campo d'applicazione del diritto in materia di contratto d'assicurazione è conforme alla normativa attuale (art. 101 cpv. 1 n. 1 LCA).

Nell'ambito della riassicurazione le assicurazioni sono parti contraenti che dispongono di conoscenze specialistiche corrispondenti e che non necessitano pertanto di protezione. Inoltre, gli usi in materia di riassicurazione rivestono un ruolo importante nell'interpretazione dei contratti, ragione per cui non bisognerebbe con una legge nazionale intervenire senza necessità in questa prassi riconosciuta a livello internazionale. Per questi motivi è dunque giustificato continuare a escludere i contratti di riassicurazione dal campo di applicazione del disegno di legge.

Art. 2 Diritto semimperativo e diritto dispositivo

Cpv. 1

Un aspetto centrale del presente disegno di legge è garantire una protezione degli assicurati che sia ragionevole per tutti i partecipanti e adeguata ai tempi. In quest'ottica, nella legge vengono fissati dei paletti sotto forma di disposizioni semimperative laddove esistono disparità di condizioni tra le parti per quanto attiene all'informazione o alle possibili impostazioni del contratto. Il campo di protezione delle disposizioni deve in questo senso comprendere non solo i contratti conclusi con i consumatori ma anche quelli con le piccole e medie imprese. Il bisogno di protezione di queste ultime è giustificato dalla natura specifica della materia assicurativa che, per la sua particolarità e complessità, è difficile da padroneggiare, persino per le persone pratiche degli affari. Le disposizioni semimperative sono elencate nell'allegato 1.

L'avamprogetto prevedeva un elenco di disposizioni imperative alle quali non si poteva derogare né a detrimento dell'assicurato, né a detrimento dell'impresa di assicurazione. Ad una più attenta analisi dell'elenco, si constata che quello che a prima vista sembra chiaro diventa confuso. Secondo questo elenco, l'articolo sul

campo d'applicazione della legge dovrebbe ad esempio essere di natura imperativa: ciò porta a chiedersi se il campo d'applicazione è lasciato alla libertà contrattuale delle parti e se possa essere disciplinato diversamente, purché questo avvenga a favore di entrambe le parti. Gli stessi interrogativi si pongono anche per altre disposizioni, ad esempio per le norme imperative dell'avamprogetto concernenti il fallimento dell'impresa di assicurazione e il luogo dell'adempimento oppure per le disposizioni transitorie. Secondo l'interpretazione giuridica generale le disposizioni imperative di questo genere sono poste a tutela dell'interesse pubblico e non dell'interesse di parte. Altre disposizioni che sono definite imperative nell'elenco non intendono tutelare l'interesse pubblico bensì riguardano diritti di terzi, come il diritto di credito diretto del danneggiato. Questi diritti non possono essere oggetto di pattuizione contrattuale tra stipulante e impresa d'assicurazione, poiché essi non possono disporre di diritti di terzi. Pertanto, non è necessario definire esplicitamente siffatti diritti come imperativi. In questo contesto, la categoria delle disposizioni imperative si rivela problematica anche per quanto riguarda i grandi rischi, laddove l'avamprogetto li considera di diritto dispositivo. In un contratto d'assicurazione relativo ai grandi rischi sarebbe quindi stato possibile pregiudicare diritti di terzi: questa non poteva certo essere l'intenzione degli autori dell'avamprogetto. Un'altra pecca dell'avamprogetto consisteva nel fatto che nelle disposizioni imperative si sarebbe dovuto distinguere tra quelle modificabili a favore di entrambe le parti e quelle immutabili poiché volte a tutelare un interesse pubblico oppure diritti di terzi.

Più che fare chiarezza la ripartizione descritta crea quindi confusione. La soluzione che si impone è la rinuncia a definire esplicitamente le disposizioni di natura imperativa. La protezione della parte contraente più debole può essere garantita anche con disposizioni semimperative. Diverse norme del disegno rimangono ovviamente imperative, anche se non sono esplicitamente definite come tali, poiché, come spiegato in precedenza, tutelano un interesse pubblico o diritti di terzi oppure non possono essere integrate nella legge per ragioni materiali (ad es. campo d'applicazione della legge o regole in materia di fallimento).

Cpv. 2

Un'eccezione si giustifica, come detto in precedenza, soltanto per quanto riguarda la categoria dei grandi rischi, dato che in questo settore gli stipulanti dispongono in genere di strutture (servizi giuridici ecc.) che consentono loro di proteggere adeguatamente i propri interessi. Secondo il capoverso 2, le disposizioni semimperative della legge hanno pertanto carattere dispositivo. Nell'ambito dell'assicurazione crediti e dell'assicurazione cauzionale bisogna tenere presente che anche le banche offrono prodotti identici dal profilo economico. Dato che le suddette assicurazioni non sottostanno ad alcuna limitazione relativamente alla struttura di questi prodotti, la parità di trattamento tra i concorrenti impone che ciò valga anche per le imprese di assicurazione. Infine le modalità d'esecuzione dell'assicurazione crediti e dell'assicurazione cauzionale si differenziano notevolmente sotto diversi aspetti dagli altri rami assicurativi.

L'avamprogetto posto in consultazione prevedeva per l'assicurazione crediti e l'assicurazione cauzionale come pure per l'assicurazione trasporti una disposizione particolare secondo cui le disposizioni semimperative e quelle imperative erano considerate di carattere dispositivo. Nel presente disegno di legge si rinuncia a inserire una disposizione corrispondente in sezioni separate come nell'avamprogetto.

Si tiene comunque conto delle regolamentazioni nella rielaborazione dell'articolo 2. Le disposizioni semimperative hanno, come finora, carattere dispositivo per questi ambiti.

Cpv. 3

Il capoverso 3 definisce i grandi rischi. La definizione è ripresa in parte dall'attuale articolo 101*b* capoverso 6 LCA e combinata con la modifica del Codice delle obbligazioni (diritto di revisione), approvata di recente dal Parlamento, sulle piccole e medie imprese. Di conseguenza, la nozione di grandi rischi non copre soltanto le aziende di una determinata dimensione bensì anche in generale determinati rischi, indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda.

Non è necessario prevedere norme di protezione semimperative per lo stipulante che supera i valori limite citati nella legge o che conclude un contratto d'assicurazione nel settore definito, poiché egli dovrebbe disporre di risorse o conoscenze tecniche sufficienti per salvaguardare i suoi diritti.

La disciplina concernente i grandi rischi opera una segmentazione nella LCA, auspicata da più parti. Considerata la complessità della materia in questione, una segmentazione differenziata per l'intero testo di legge è difficile e pressoché impossibile. Per contro, nel caso di alcune disposizioni è giustificato prevedere regolamentazioni più dettagliate. Si vedano in merito anche le spiegazioni sui risultati dell'analisi d'impatto della regolamentazione (AIR) relativa all'articolo 7.

Cpv. 4

Secondo un'opinione assai diffusa, l'assicurazione trasporti – considerata grande rischio – comprende anche l'assicurazione viaggi. Nel caso dell'assicurazione viaggi, attività tipicamente di massa, è pertanto ammesso secondo il diritto in vigore derogare alle disposizioni semimperative della LCA a svantaggio dello stipulante. L'applicazione, del tutto casuale dal profilo sistematico, all'assicurazione viaggi di una norma d'eccezione prevista per il trasporto commerciale non sembra giustificata e ha in numerosi casi conseguenze problematiche. Per questo motivo l'assicurazione viaggi non è considerata un grande rischio e di conseguenza sono applicabili le disposizioni semimperative.

Art. 3 Rapporto con la previdenza professionale

Per i contratti d'assicurazione sulla vita (retti in linea di principio dalla LCA) tra gli istituti di previdenza e le imprese di assicurazione le pertinenti prescrizioni della previdenza professionale (in particolare della legge federale del 25 giugno 1982¹⁹ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, per i superstiti e l'invalidità [LPP], della legge del 17 dicembre 1993²⁰ sul libero passaggio [LFLP] e delle relative ordinanze) prevalgono sulle norme del disegno di legge. In particolare nella formulazione della legge si precisa che gli obblighi previsti dal disegno per lo stipulante sono applicabili alle imprese di assicurazione solo se le prescrizioni della previdenza professionale non prevedono obblighi contrari.

¹⁹ RS 831.40

²⁰ RS 831.42

2.1.2 Capitolo 2: Conclusion e obbligatorietà del contratto

2.1.2.1 Sezione 1: Perfezionamento e revoca

Art. 4 Proposta di conclusione del contratto

Contrariamente al diritto vigente, che parte dal presupposto che sia l'impresa di assicurazione a presentare una proposta, il disegno di revisione prevede una formulazione neutra, secondo cui la proposta può essere presentata sia dall'impresa di assicurazione, sia dall'eventuale stipulante. In tal senso, questa disposizione stabilisce chiaramente ciò che nel diritto contrattuale generale è ovvio.

Art. 5 Proposta dell'impresa di assicurazione

Cpv. 1 e 3

Per motivi di certezza del diritto, l'impresa di assicurazione deve limitare nel tempo la propria proposta, ossia specificare il periodo durante il quale lo stipulante può accettare la conclusione del contratto. Il termine decorre dal momento in cui la proposta è pervenuta.

Cpv. 2

Per migliorare la posizione della parte contraente più debole nell'ambito dei contratti di massa, il termine a cui sottostà l'impresa di assicurazione deve essere di almeno tre settimane nel caso di contratti conclusi con i consumatori. In tal modo, si concede ai consumatori un congruo termine di esame e di riflessione e la possibilità di procurarsi offerte comparative.

Il consumatore ai sensi della LCA è una persona fisica che conclude un contratto d'assicurazione per uno scopo che può considerarsi estraneo alla sua attività professionale o commerciale. Per definire i contratti conclusi con i consumatori il disegno di legge impiega la descrizione negativa e quindi più estesa, che si trova ad esempio anche nella legge federale del 23 marzo 2001²¹ sul credito al consumo (LCC).

Art. 6 Proposte speciali

La disposizione riprende essenzialmente la normativa in vigore (art. 2 LCA), fissando uniformemente a tre settimane, per ragioni di praticità, il tempo di reazione dell'impresa di assicurazione. In osservanza del principio della ricezione, il termine inizia a decorrere dal momento in cui la proposta è pervenuta all'impresa di assicurazione. Contrariamente al diritto vigente (art. 2 cpv. 3 LCA), anche la proposta di aumentare la somma assicurata rientra nel campo d'applicazione dell'articolo 6.

Art. 7 Diritto di revoca

La disposizione introduce per tutti i contratti d'assicurazione un diritto di revoca di due settimane. Il disegno va così oltre le pertinenti direttive dell'UE che prevedono un siffatto diritto di revoca unicamente per le assicurazioni sulla vita (art. 35 della Direttiva 2002/83/CE del 5 novembre 2002 relativa all'assicurazione sulla vita, GU

²¹ RS 221.214.1

L 345 del 19 dicembre 2002, pag. 122) e per i contratti d'assicurazione per danni stipulati nell'ambito della commercializzazione a distanza (Direttiva 2002/65/CE del 23 settembre 2002 concernente la commercializzazione a distanza di servizi finanziari ai consumatori e che modifica la direttiva 90/619/CEE del Consiglio e le direttive 97/7/CE e 98/27/CE, GU L 271 del 9.10.2002, pag. 16; modificate l'ultima volta dalla Direttiva 2007/64/CE, GU L 319 del 5.12.2007). La maggior parte degli Stati dell'UE si è limitata ad attuare la direttiva per le assicurazioni sulla vita. Sono pochi i Paesi dell'UE che hanno esteso il diritto di revoca a tutte le assicurazioni. Dato che la complessità delle altre assicurazioni non è minore, se ne giustifica l'integrazione nel campo d'applicazione del diritto di revoca.

Fondandosi su un'analisi economica, l'AIR ha auspicato l'introduzione di un diritto di revoca nell'attività assicurativa privata. Nel settore della clientela commerciale, gli autori sono invece giunti alla conclusione che non bisognava accordare alcun diritto di revoca alle aziende che hanno la possibilità di effettuare gli acquisti di prodotti assicurativi in modo professionale e strutturato attraverso mediatori assicurativi indipendenti o agenti interni all'assicurazione oppure ricorrendo a un gestore dei rischi interno. L'AIR proponeva una soluzione pragmatica, ossia non riconoscere il diritto di revoca alle imprese che impiegano più di dieci collaboratori. Il disegno di legge non fa invece distinzioni al riguardo. Nella prassi una simile distinzione risulterebbe arbitraria poiché, ad esempio, le piccole società fiduciarie con meno di dieci collaboratori che dispongono di conoscenze specifiche non necessitano di tutela, al contrario di imprese artigianali più grandi con un personale esperto solo in questioni giuridiche relativamente semplici.

Cpv. 1 e 4

Il diritto di revoca deve concernere, oltre alla conclusione vera e propria del contratto, anche la modifica dello stesso, dal momento che per lo stipulante questa modifica può rivestire un'importanza giuridica ed economica comparabile a quella della conclusione del contratto.

Il capoverso 4 esclude il diritto di revoca solo in caso di assicurazioni collettive di persone, di garanzie di copertura provvisoria nonché di convenzioni di durata inferiore a un mese. Per i contratti d'assicurazione collettiva si tiene conto soprattutto della protezione del lavoratore, i cui interessi potrebbero essere messi in pericolo da una revoca (cfr. al riguardo anche l'art. 35 della Direttiva 2002/83/CE del 5 novembre 2002 relativa all'assicurazione sulla vita, che prevede un diritto di recesso solo per le assicurazioni individuali sulla vita). Nel caso delle garanzie di copertura provvisoria, la loro durata generalmente breve depone a sfavore della concessione del diritto di revoca.

Contrariamente alle disposizioni delle direttive europee, che per il diritto di revoca nell'assicurazione sulla vita presuppongono una durata minima contrattuale di almeno sei mesi (art. 35 par. 2 della Direttiva 2002/83/CE del 5 novembre 2002 relativa all'assicurazione sulla vita), il capoverso 1 accorda il diritto di revoca già per i contratti della durata di un mese. In proposito il disegno di legge si ispira all'articolo 6 paragrafo 2 lettera b della Direttiva 2002/65/CE del 23 settembre 2002 concernente la commercializzazione a distanza di servizi finanziari, secondo cui il

22 Questa direttiva sarà sostituita dalla Direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 novembre 2009 in materia di accesso ed esercizio delle attività di assicurazione e riassicurazione (solvibilità II), GU L 335 del 17.12.2009, pag. 1.

diritto di revoca non si applica alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe altre polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese. Si vuole così garantire che il diritto di revoca sia escluso solo per le convenzioni che, per la loro breve durata, sono di importanza secondaria.

Secondo il disegno, la revoca deve avvenire per scritto. Con la locuzione «per scritto» si intendono – conformemente alle disposizioni del Codice di procedura civile del 19 dicembre 2008²³ e della legge federale del 18 dicembre 1987²⁴ sul diritto internazionale privato – anche altre forme che consentono la prova per testo. In tal modo si vuole tenere conto della critica espressa da diversi partecipanti in occasione della consultazione secondo cui l'avamprogetto non prenderebbe sufficientemente in considerazione l'evoluzione del commercio elettronico. Qualora fosse richiesta imperativamente la forma scritta ai sensi degli articoli 13 e seguenti CO, le disposizioni legali pertinenti conterrebbero un rinvio esplicito.

Cpv. 2

Il periodo di revoca scade per tutti i tipi di contratti d'assicurazione due settimane dopo la conclusione o la modifica del contratto.

Cpv. 3

Il termine è rispettato se la notifica è pervenuta all'impresa di assicurazione oppure è stata consegnata alla Posta svizzera l'ultimo giorno del termine di revoca. L'indicazione che il termine è rispettato se la dichiarazione è pervenuta all'impresa di assicurazione rende possibili anche altre forme di trasmissione, ad esempio la comunicazione per via elettronica o fax.

Art. 8 Effetti della revoca

Cpv. 1 e 2

Chiunque revoca la propria proposta o la propria dichiarazione di approvazione non può di conseguenza pretendere alcuna prestazione. Pertanto la revoca produce i suoi effetti legali *ex tunc*, il che significa che le prestazioni già fornite devono essere restituite. È inoltre previsto un obbligo di rimborso dei costi da parte dello stipulante, se le circostanze lo giustificano. Si pensi ad esempio a costosi accertamenti medici o tecnici ordinati dall'impresa di assicurazione in vista della conclusione del contratto. In caso di modifiche del contratto, è ovvio che si può pretendere la restituzione soltanto delle prestazioni fornite ai fini della modifica.

Cpv. 3

Il capoverso 3 stabilisce un'eccezione a questo effetto *ex tunc* per i casi in cui l'impresa di assicurazione, nonostante la revoca, sia obbligata da una legge speciale a fornire prestazioni a una terza persona. Questa situazione può verificarsi, ad esempio, in caso di revoca di un contratto d'assicurazione di responsabilità civile per veicoli a motore. Secondo l'articolo 68 capoverso 2 della legge del 19 dicembre 1958²⁵ sulla circolazione stradale (LCStr) l'assicuratore deve notificare all'autorità la sospensione o la cessazione dell'assicurazione. Nei confronti della parte lesa, tuttavia, la mancanza di protezione assicurativa ha effetto solo con la restituzione

²³ RS 272

²⁴ RS 291

²⁵ RS 741.01

della licenza di circolazione e delle targhe di controllo, ma in ogni caso sessanta giorni dopo il ricevimento della notificazione dell'assicuratore. Conformemente alle disposizioni della LCStr, per un periodo di tempo limitato sussiste una copertura assicurativa anche se il contratto non esiste più in seguito alla revoca.

In considerazione dell'inopponibilità delle eccezioni di cui all'articolo 65 LCStr l'impresa d'assicurazione non può opporre alla parte lesa l'assenza di un contratto d'assicurazione. Secondo il capoverso 3 del disegno, l'eccezione di inefficacia del contratto non può essere opposta neppure all'assicurato; in contropartita questi è tenuto al pagamento dei premi.

Art. 9 Oggetto dell'assicurazione

Oltre allo stipulante, i terzi possono essere coinvolti nel contratto d'assicurazione in diverse maniere. Il disegno di legge lascia perciò alle parti un ampio ma non illimitato margine di manovra, che tiene conto dei bisogni della prassi e prevede limitazioni unicamente laddove necessario per motivi sociali. Vengono sostanzialmente riprese le disposizioni vigenti.

Come la maggior parte degli ordinamenti giuridici europei, anche il presente disegno di legge poggia in maniera dogmatica sulla cosiddetta teoria dell'interesse, secondo cui l'oggetto dell'assicurazione è determinato da un interesse specifico che deve essere assicurato. L'interessato è quindi colui che, in assenza di un contratto d'assicurazione, dovrebbe legalmente sopportare il danno. Si tiene così particolarmente conto del fatto che, oltre a quello della proprietà, possono esistere anche altri legami giuridici tra una persona e una cosa che, in caso di danno alla cosa, potrebbero comportare una perdita patrimoniale per la persona interessata. La possibilità di assicurare cose di terzi nel proprio interesse e cose proprie nell'interesse di terzi corrisponde a un bisogno della prassi, degno di protezione: si tratta di rendere possibile l'assicurazione anche nei casi in cui proprietà e assunzione del rischio sono scissi, come nell'assicurazione dei lavori di costruzione. Se si dà una rapida scorsa ai contratti d'assicurazione correnti, si può constatare che in tali situazioni (da decenni) si ricorre regolarmente alla teoria dell'interesse. Oltre ad avere una funzione descrittiva dell'oggetto dell'assicurazione (interesse assicurato o cosiddetto interesse tecnico), la nozione di interesse assicurato serve anche a distinguere l'assicurazione dalla scommessa. L'assicurazione è finalizzata a coprire una perdita patrimoniale incombente. Se tale interesse economico manca, si tratta di scommessa, e quindi di una semplice obbligazione naturale. Infine, la teoria dell'interesse mette a disposizione un sistema applicabile a tutte le assicurazioni, mentre la teoria dell'oggetto, in auge in passato, per la sua correlazione con la proprietà della cosa assicurata può riferirsi in senso stretto unicamente all'assicurazione cose.

La questione della necessità dell'interesse è controversa anche nell'assicurazione somme. In molti ordinamenti giuridici europei essa è stata risolta in senso affermativo. Bisogna ammettere che i temuti svantaggi economici non possono essere valutati in modo altrettanto preciso come nel caso dell'assicurazione contro i danni. Per quanto riguarda l'assicurazione sulla vita, diversi ordinamenti giuridici – tra cui quello svizzero nell'articolo 74 LCA (ora art. 10 cpv. 4) – prevedono che un'assicurazione sulla vita di un terzo può essere stipulata solo con il suo consenso. Il consenso di quest'ultimo è richiesto anche in caso di designazione o di modifica del beneficiario (art. 103 cpv. 2). Queste esigenze possono essere considerate una garanzia sufficiente del fatto che l'assicurazione sulla vita garantisce effettivamente un inte-

resse economico nel senso che si copre il rischio di una perdita patrimoniale. Per quanto concerne le altre assicurazioni somme, l'articolo 9 capoverso 1 del disegno di legge esige anche in questo caso un interesse economico assicurato.

Cpv. 1 e 2

Questi capoversi regolano le principali forme di partecipazione di terzi. Bisogna distinguere, da un lato, tra assicurazione per conto proprio e assicurazione per conto di terzi (cpv. 1) e, dall'altro, tra assicurazione propria e assicurazione di terzi (cpv. 2). I primi due concetti si riferiscono agli interessi assicurati. Di norma sono assicurati gli interessi della persona che, in assenza di un'assicurazione, dovrebbe sopportare il danno.

Nella distinzione tra assicurazione di terzi e assicurazione propria, si tratta di determinare la persona esposta a rischio o il proprietario della cosa assicurata. Si parte dalla presunzione che un'assicurazione copra gli interessi della persona esposta al rischio (cfr. cpv. 3). Tuttavia le assicurazioni proprie per conto di terzi (ad es. assicurazione di cauzioni) o le assicurazioni di terzi per conto proprio (ad es. assicurazione dei lavori di costruzione contratta dall'imprenditore) sono ammesse e rientrano in una prassi consolidata.

Cpv. 3

Il capoverso 3 segue il diritto vigente, generalizzandone il principio. Se finora si presumeva che l'assicurazione fosse stipulata per conto proprio (art. 16 cpv. 2 LCA), ora si presume che sia stipulata a favore dell'assicurato. Nelle assicurazioni proprie (a cui si riferisce il diritto vigente) si tratta dello stipulante, nelle assicurazioni di terzi, del terzo assicurato. Questa presunzione può essere confutata. Le parti sono tuttavia tenute a predisporre chiarezza mediante le disposizioni contrattuali del caso.

Art. 10 *Aventi diritto e terzi*

Cpv. 1 e 2

Il primo periodo del capoverso 1 ha natura dispositiva e di fatto ha valore di presunzione. La presunzione di cui all'articolo 9 capoverso 3, secondo cui sono coperti gli interessi dell'assicurato, è completata dalla presunzione che il diritto alle prestazioni di assicurazione spetta alla persona per il cui conto il contratto è stato concluso, ossia, di norma, all'assicurato. Si può derogare a questa presunzione, ma ancora una volta soltanto mediante una convenzione chiara finalizzata alla certezza del diritto. Se, ad esempio, uno spedizioniere, in quanto stipulante, assicura gli interessi del proprietario per l'integrità di una cosa trasportata, il diritto alle prestazioni di assicurazione spetta in linea di principio a quest'ultimo. Il contratto può tuttavia prevedere prestazioni dell'impresa di assicurazione nei confronti dello stipulante.

Il secondo periodo del capoverso 1 come pure il capoverso 2 limitano le deroghe al primo periodo del capoverso 1 nell'ambito delle assicurazioni contro le malattie e gli infortuni.

Nell'assicurazione individuale, se le prestazioni di assicurazione non spettano allo stipulante occorre il consenso dell'assicurato (cpv. 1 secondo periodo). Secondo la regola generale le prestazioni di assicurazione spettano alla persona che, in assenza di un'assicurazione, dovrebbe assumere i costi di malattia o di infortunio. Normalmente, nell'assicurazione propria questa persona è lo stipulante stesso, mentre nell'assicurazione di terzi si tratta di una persona che funge da garante (ad es. un

genitore o il datore di lavoro). Se il pagamento non deve essere effettuato alle persone a cui incombono i costi del possibile verificarsi del sinistro, l'assicurato deve sapere che in caso di malattia o di infortunio l'indennizzo va al terzo avente diritto. Simili casi dovrebbero essere relativamente rari, ma la disposizione è necessaria per prevenire fin dall'inizio possibili abusi.

Secondo il diritto vigente, nell'assicurazione collettiva contro le malattie e gli infortuni al verificarsi del sinistro il terzo assicurato beneficia *ipso iure* di un diritto diretto proprio nei confronti dell'assicuratore (art. 87 LCA); egli diventa così avente diritto. Nell'assicurazione collettiva contro le malattie e gli infortuni, le prestazioni di assicurazione devono essere pagate – come finora – imperativamente al terzo assicurato, come stabilito nel capoverso 2.

Cpv. 3

Nell'assicurazione per conto di terzi il diritto vigente non consente di compensare l'indennità con i premi arretrati (art. 17 cpv. 3 LCA). In correlazione a questa inopponibilità dell'eccezione è previsto un obbligo sussidiario (strettamente limitato) di pagamento dei premi (art. 18 cpv. 2 LCA). Entrambe le disposizioni non sono adeguate e vanno dunque modificate. Deve pertanto pagare i premi solo chi si è impegnato nei confronti dell'impresa di assicurazione (nella grande maggioranza dei casi lo stipulante). Inversamente anche nell'assicurazione per conto di terzi l'impresa di assicurazione non deve essere tenuta a fornire al terzo assicurato una prestazione che potrebbe ridurre, negare o, in particolare, compensare nei confronti dello stipulante in ragione di un'eccezione derivante dal contratto d'assicurazione.

Cpv. 4

Il capoverso 4 riprende la disposizione incontestata dell'articolo 74 capoverso 1 LCA vigente. Ciascuno ha diritto di sapere quali assicurazioni sono state stipulate per il suo decesso. Questa regola non soltanto è necessaria sotto il profilo etico, ma serve anche a evitare abusi da parte di chi si serve dei contratti d'assicurazione per effettuare scommesse (ad es. scommesse organizzate in forma di contratto d'assicurazione sulla vita di una nota personalità).

Un'eccezione si giustifica per le assicurazioni collettive sulla vita concluse dagli istituti di previdenza del personale a favore degli affiliati. In questi casi è difficile immaginare abusi, poiché lo stipulante è tenuto ad assicurare gli affiliati a condizioni predefinite. Il modo di procedere corrisponde inoltre a una prassi consolidata²⁶.

Art. 11 Polizza

Cpv. 1

Sotto il profilo del contenuto la disposizione corrisponde al primo periodo dell'articolo 11 capoverso 1 LCA. In linea di massima, per motivi di certezza del diritto, allo stipulante sarà consegnato anche in futuro una polizza che lo informa dei diritti e degli obblighi risultanti del contratto d'assicurazione.

²⁶ Honsell/Vogt/Schnyder, Basler Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2001, art. 76 N 9.

Cpv. 2

Questa disposizione semimperativa elimina l'attuale finzione giuridica in materia di accettazione stabilita a sfavore dello stipulante dall'articolo 12 capoverso 1 LCA, secondo cui lo stipulante deve chiedere la rettifica della polizza entro quattro settimane dal ricevimento della stessa, altrimenti il contenuto della polizza si ritiene da lui accettato anche se non concorda con quanto effettivamente convenuto. In futuro l'impresa di assicurazione non potrà più appellarsi al contenuto della polizza o ai relativi complementi che non concordano con quanto convenuto.

Cpv. 3

La disposizione riprende, con qualche modifica di natura redazionale, il contenuto del vigente articolo 11 capoverso 2 LCA. Nell'ambito dell'obbligo precontrattuale di informare, lo stipulante deve essere informato del diritto di esigere una copia delle spiegazioni contenute nella proposta o altrimenti fornite per scritto dal proponente (cfr. art. 12 cpv. 1 lett. i).

2.1.2.2 Sezione 2: Obbligo di informare precontrattuale dell'impresa di assicurazione

Art. 12 Contenuto

Già oggi l'assicuratore deve informare spontaneamente, e in modo trasparente e comprensibile, il futuro stipulante sulla propria identità e sui principali contenuti del contratto. Questo obbligo persegue una finalità incontestabile. Esso vuole che il contratto sia concluso in maniera effettivamente conforme alla sua natura, che sia cioè fondato sulla manifestazione concorde delle reciproche volontà delle parti ai sensi dell'articolo 1 CO e corrisponda alle loro intenzioni.

Al fine di tenere conto delle divergenze emerse nella consultazione, torniamo a migliorare alcuni punti di questo obbligo precontrattuale nell'interesse di tutte le parti. La soluzione proposta si fonda in ampia misura sull'AIR secondo cui il problema più grave del mercato assicurativo svizzero consiste nella carente informazione degli stipulanti. Gli autori accolgono con favore i puntuali complementi apportati al catalogo degli obblighi di informare, tra i quali figura segnatamente l'obbligo delle assicuratori sulla vita di informare in merito alle spese d'acquisizione. Per motivi di certezza del diritto ed efficienza dei costi non è invece auspicabile inserire nella legge un elenco non esaustivo dei contenuti dell'obbligo d'informare. Il disegno non riprende la proposta dell'AIR di disciplinare i diversi obblighi di informare in un'ordinanza. La LCA deve sancire i diritti e gli obblighi essenziali delle parti. Per il rimanente l'AIR stima a circa 4 milioni di franchi i costi totali di queste modifiche per le imprese di assicurazione e, per ridurli, propone di introdurre termini transitori sufficientemente lunghi.

Tenuto conto di quanto precede, il disegno di legge riprende l'attuale catalogo degli obblighi di informare completandolo in alcuni punti e adeguandolo sotto il profilo linguistico (art. 3 LCA). Per garantire la certezza del diritto il catalogo è esaustivo.

Cpv. 1

Lettera a: l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante sulla propria identità affinché quest'ultimo sappia chi è il suo partner contrattuale.

Lettere b e c: l'obbligo d'informare sui rischi assicurati e sull'entità della protezione assicurativa comprenderà in particolare anche l'obbligo di distinguere in modo trasparente il contratto dell'assicurazione malattie obbligatoria dal contratto dell'assicurazione malattie complementare. Anche l'indicazione della natura delle prestazioni, ovvero se si tratta di prestazioni dell'assicurazione contro i danni o dell'assicurazione somme, rientra tra gli obblighi precontrattuali di informare. Per quanto concerne l'assicurazione cose, la determinazione del valore di risarcimento di cui all'articolo 87 è parte dell'entità della protezione assicurativa sulla quale l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante.

Lettera d: l'avamprogetto sottoposto a consultazione menzionava esplicitamente «le modalità di riscossione dei premi»; il disegno di legge vi rinuncia poiché questo genere di informazioni va fornito insieme alle informazioni sui premi dovuti. La disposizione vigente (art. 3 cpv. 1 lett. c LCA) viene ampliata e menziona ora l'obbligo d'informare su un'eventuale differenza di premio a seconda del sesso. Diversamente dal diritto dell'UE²⁷, il disegno non vieta di fissare i premi a seconda del sesso ma esige che ciò sia fatto in modo trasparente. Questa posizione procede dalla riflessione secondo cui non si possono muovere obiezioni alla differenza di premio basata sul sesso e giustificata da dati attuariali e statistici effettivamente rilevanti da cui risultano classi di rischio diverse. Poiché nel diritto delle assicurazioni private la tariffazione adeguata al rischio è un principio riconosciuto al pari della libertà dell'assicuratore di costituire gruppi di solidarietà legati al rischio, la differenza di premi per uomini e donne costituisce una discriminazione determinante nemmeno sul piano costituzionale. Non sarebbero invece ammissibili premi arbitrari non fondati su criteri di questo genere.

Lettera e: questa disposizione corrisponde in ampia misura al diritto vigente (art. 3 cpv. 1 lett. d LCA) e prevede che l'impresa di assicurazione informi lo stipulante sull'inizio e la durata del contratto, sulla protezione assicurativa e sul diritto ordinario di recesso.

Lettera f: questo obbligo d'informare serve all'attuazione del diritto di revoca previsto d'ora innanzi nell'articolo 7.

Lettera g: questa disposizione corrisponde all'attuale lettera g. Per quanto concerne il trattamento dei dati personali, nell'ambito della revisione parziale della LPD, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, hanno acquisito maggiore importanza la trasparenza della raccolta dei dati personali, l'informazione degli interessati e la necessità di dare un consenso valido al trattamento dei propri dati. L'articolo 4 capoverso 4 LPD sancisce il principio secondo cui la raccolta di dati personali e in particolare le finalità del trattamento devono essere riconoscibili da parte della persona interessata. Trattare i dati personali con la massima trasparenza è nell'interesse delle imprese di assicurazione, segnatamente perché ciò permette di conservare la fiducia degli assicurati. Idealmente, le informazioni concernenti il trattamento di dati personali

²⁷ Direttiva 2004/113/CE del Consiglio del 13 dicembre 2004 che attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura (GU L 373 del 21.12.2004, pag. 37); sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea del 1° marzo 2011 (C236/09).

dovrebbero essere fornite con un promemoria sulla protezione dei dati. A tal fine, ci si potrebbe fondare sulla raccomandazione del Consiglio d'Europa Rec (2002) 9 sulla protezione dei dati personali raccolti e trattati per scopi assicurativi. Vi sono regolati, tra l'altro, l'informazione della persona interessata, il consenso, la raccolta e il trattamento di dati su mandato, la comunicazione dei dati per altri scopi, il diritto di informazione e di rettifica, la sicurezza dei dati, la comunicazione transnazionale e il direct marketing. Sulla base di questi promemoria, i testi dei consensi necessari potrebbero essere impostati in funzione del settore e del tipo di assicurazione.

Lettera h: lo stipulante che ha convenuto una clausola di pagamento secondo l'articolo 26 deve essere informato sul suo contenuto, affinché non ritenga di beneficiare della protezione assicurativa fin dalla conclusione del contratto.

Lettera i: questo obbligo d'informare consolida il diritto dello stipulante di disporre dei fondamenti decisivi del contratto.

Lettera j: l'eventuale termine per la presentazione dell'avviso dei danni (art. 34 cpv. 2), che deve essere adeguato, deve essere comunicato allo stipulante prima della conclusione del contratto.

Lettera k: questo obbligo di informare è volto a render noto allo stipulante il suo obbligo di annunciare un aumento del rischio e le conseguenze giuridiche del mancato avviso.

Cpv. 2

Il capoverso 2 stabilisce obblighi di informazione specifici per determinati rami assicurativi.

Lettera a: prima di concludere un contratto di assicurazione della protezione giuridica, l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante qualora abbia trasferito la liquidazione dei sinistri a un'impresa di gestione dei sinistri secondo l'articolo 32 capoverso 1 lettera a LSA. Se non vi è stato trasferimento, lo stipulante deve essere informato circa il diritto di scegliere un rappresentante legale per la difesa dei suoi interessi (art. 32 cpv. 1 lett. b LSA).

Lettera b: lo stipulante deve essere informato sui principi della *determinazione delle eccedenze*. Queste informazioni riguardano l'entità della partecipazione alle eccedenze che dipende da diversi fattori imprevedibili e solo limitatamente influenzabili. I principali fattori influenzabili (evoluzione degli interessi sul mercato dei capitali, evoluzione dei rischi assicurati e dei costi) devono essere citati. Nell'ambito dell'assicurazione sulla vita, la determinazione della *partecipazione alle eccedenze* avviene quindi in tre fasi: prima della conclusione del contratto l'impresa di assicurazione informa sui principi e i metodi della determinazione e della ripartizione delle eccedenze (compreso anche un modello di calcolo, che deve essere indicato come tale). L'obbligo d'informare in merito ai principi della ripartizione delle eccedenze comprende informazioni sul sistema di ripartizione delle eccedenze applicabile, sulla modalità di ripartizione tra una partecipazione alle eccedenze in corso e un'eccedenza finale come pure sui relativi interessi. È poi previsto che il contratto deve imperativamente evocare i punti menzionati nell'articolo 105. In proposito vi è una certa sovrapposizione tra l'informazione precontrattuale e il contenuto minimo del contratto imperativamente prescritto dall'articolo 105. Questa ridondanza è però fondata sulla natura delle informazioni precontrattuali e sussiste per esempio anche per quanto concerne l'obbligo d'informare sull'entità della protezione assicurativa (art. 12 cpv. 1 lett. c), pure definita nelle condizioni generali di assicurazione. Infine

l'articolo 105 capoverso 2 prevede che ogni anno l'impresa di assicurazione fornisca informazioni in merito all'assegnazione e alla situazione della quota individuale di eccedenze. Inoltre, lo stipulante deve essere informato che la determinazione della partecipazione alle eccedenze si basa sul consuntivo della singola assicurazione e non sul risultato del gruppo a cui appartiene.

Se uno stipulante non può o non vuole proseguire il processo di risparmio legato alla costituzione di capitale nell'ambito dell'assicurazione sulla vita, la legge offre due possibilità di disinvestimento: il *riscatto* e la *conversione*. La lettera b sancisce un obbligo d'informare anche a questo riguardo riprendendo, sotto il profilo materiale, l'articolo 3 capoverso 1 lettere e ed f LCA. Con il riscatto il contratto è sciolto e l'impresa di assicurazione rimborsa allo stipulante il valore di liquidazione che corrisponde, in sostanza, alla riserva matematica d'inventario con eventuale deduzione del rischio dovuto al tasso d'interesse e delle spese d'acquisizione non ammortizzate. Complessivamente queste deduzioni non possono superare il terzo della riserva matematica d'inventario (art. 127 cpv. 2 lett. g ordinanza del 9 novembre 2005²⁸ sulla sorveglianza, OS). Nella conversione invece il contratto non è sciolto, ma è trasferito in un'assicurazione esente da premi. Il valore di liquidazione alla conversione è impiegato come deposito unico per le prestazioni assicurative esenti da premi. Oltre alle possibilità di riscatto e conversione, l'obbligo d'informare comprende anche indicazioni circa le condizioni per l'esercizio di questi due diritti (termine di attesa, valore minimo ecc.). Si deve descrivere l'evoluzione approssimativa dei valori di liquidazione nel periodo di durata del contratto. Il cliente può così stimare da quale anno può contare su un certo valore di riscatto.

D'ora in poi, inoltre, l'impresa di assicurazione dovrà informare lo stipulante sui *costi di protezione contro i rischi* e sui *costi di conclusione e gestione* del contratto inclusi nel premio. Questa trasparenza, segnatamente per quanto concerne i non trascurabili costi della conclusione del contratto (ad es. le provvigioni dovute per l'intermediazione), favorisce lo stipulante e può pure fungere da incentivo al rafforzamento della concorrenza.

Lettera c: nell'ambito dell'assicurazione malattie vanno infine fornite informazioni sui metodi di finanziamento, sulle loro ripercussioni sulla struttura tariffaria e quindi anche sull'evoluzione dei premi. Se risulta un diritto al rimborso di una parte degli accantonamenti fondati sull'età, alla fine del contratto lo stipulante deve esserne informato; quest'informazione deve comprendere anche la costituzione e l'utilizzazione degli accantonamenti fondati sull'età.

Art. 13 Forma e momento

Questa disposizione permette di eliminare la formulazione non ottimale del diritto vigente, che consente un'interpretazione secondo cui, prima della conclusione del contratto, potrebbe essere sufficiente consegnare allo stipulante le condizioni generali di assicurazione. Gli obblighi precontrattuali di informare hanno lo scopo di rendere possibile la formazione della volontà necessaria alla valida conclusione del contratto. Ciò può avvenire soltanto se lo stipulante dispone di sufficiente tempo per prendere adeguatamente conoscenza delle informazioni fornitegli e queste ultime sono redatte in forma comprensibile.

Art. 14 Violazione dell'obbligo d'informare

Cpv. 1

La disposizione riprende l'articolo 3a capoverso 1 LCA secondo cui lo stipulante ha diritto di recedere dal contratto di assicurazione in caso di violazione dell'obbligo d'informare.

Cpv. 2

Diversamente da quanto prevede il diritto vigente (art. 3a cpv. 2 LCA), il termine decorre non dal momento della violazione dell'obbligo d'informare ma da quello della conclusione del contratto. Il momento in cui il contratto è stato concluso può essere determinato con precisione, a differenza del momento della violazione dell'obbligo. In conseguenza di quanto precede, il termine assoluto di un anno previsto nel diritto vigente per esercitare il diritto di recesso pare troppo breve, ragion per cui è prolungato a due anni.

2.1.2.3 Sezione 3: Obbligo di dichiarazione precontrattuale dello stipulante

Art. 15 Contenuto

Le disposizioni proposte tengono ampiamente conto delle osservazioni dell'AIR secondo cui occorre rielaborare le disposizioni dell'avamprogetto concernenti gli obblighi di dichiarazione precontrattuale dell'assicurato. Le previste modifiche della rilevanza delle fattispecie di rischio, del quadro temporale della violazione dell'obbligo di dichiarazione e delle esigenze dell'obbligo d'informare nonché le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione sono giudicate opportune per motivi di ordine economico. Viene data invece una valutazione negativa del nuovo termine di perenzione, dell'estinzione dell'obbligo di fornire la prestazione soltanto in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione per negligenza grave e del diritto retroattivo dell'impresa di assicurazione a un premio più elevato.

Cpv. 1

Questa disposizione riprende sostanzialmente il diritto vigente, che viene modificato soprattutto sotto il profilo linguistico.

Cpv. 2

Secondo il vigente articolo 4 capoverso 2 LCA, sono fattispecie di rischio rilevanti quelle che per loro natura possono influire sulla determinazione dell'impresa di assicurazione a concludere il contratto o a concluderlo alle condizioni convenute. Inoltre, sono presunti rilevanti i fatti sui quali l'impresa di assicurazione ha posto domande precise e non equivoche (art. 4 cpv. 3 LCA). La regolamentazione che proponiamo è più differenziata.

L'articolo 15 capoverso 2 stabilisce che una fattispecie di rischio è oggettivamente rilevante se sono soddisfatte due condizioni. Da una parte, la lettera a prescrive che la fattispecie deve essere atta a influenzare materialmente e oggettivamente la valutazione del rischio. Viene così a cadere la presunzione del vigente articolo 4 capoverso 3 LCA. In futuro non spetterà quindi allo stipulante fornire la difficile prova

dell'irrelevanza di una fattispecie, al contrario, in caso di controversia sarà l'impresa di assicurazione a doverne comprovare la rilevanza. Questa prova è – almeno nei contratti di massa – facile da addurre, poiché la rilevanza è data dal riferimento, nelle tariffe e nelle direttive per la sottoscrizione, alle fattispecie di rischio dichiarate inesattamente. Nelle fattispecie di rischio non rientrano soltanto le fattispecie che possono comportare un rischio, bensì anche quelle che permettono soltanto di desumere l'esistenza di rischi, ossia le cosiddette circostanze indizianti (DTF 118 II 333 pag. 336; 99 II 67 pag. 78). Il disegno di legge determina l'ambito temporale delle fattispecie di rischio, precisando che può trattarsi soltanto di circostanze presenti o passate. Nella pratica è frequente che siano poste domande concernenti circostanze future. Queste risposte servono perlopiù per il calcolo del premio, ma talvolta anche per la definizione dell'estensione della copertura. Poiché, riguardo al futuro, non sono possibili affermazioni certe ma soltanto congetture e speculazioni, le circostanze future non possono essere oggetto di un obbligo di dichiarazione, né può di conseguenza essere violato un obbligo che non sussiste. Possono essere prese in considerazione le evoluzioni ravvisabili o previste secondo le circostanze attuali. Ad esempio, si può ipotizzare che allo stipulante venga chiesto se, in base alle circostanze attualmente note, percorrerà più di un determinato numero di chilometri annui. In caso affermativo, l'impresa di assicurazione deve esserne informata. Se il superamento del numero di chilometri è preso in considerazione solo successivamente, vigono le norme sull'aumento del rischio.

D'altra parte, la lettera b indica che possono essere rilevanti per il rapporto concreto di assicurazione soltanto le fattispecie di rischio sulle quali l'impresa di assicurazione ha chiesto informazioni per scritto in modo comprensibile e puntuale. In tal modo, le fattispecie di rischio rilevanti sono circoscritte, con una chiarezza che non lascia spazio a dubbi, alle circostanze sulle quali sono effettivamente state chieste informazioni.

Gli aspetti soggettivi della rilevanza delle fattispecie di rischio sono ora oggetto dell'articolo 18 capoverso 1, che permette di recedere dal contratto per violazione dell'obbligo di dichiarazione soltanto se la falsa indicazione ha effettivamente influenzato la decisione dell'impresa di assicurazione di concludere il contratto o di concluderlo con un determinato contenuto.

Art. 16 Obbligo di dichiarazione in caso di rappresentanza e di assicurazione di terzi

Questa norma precisa qual è la persona le cui conoscenze sono decisive ai fini dell'adempimento dell'obbligo di dichiarazione nel caso in cui lo stipulante non rende personalmente la dichiarazione sui rischi o nel caso in cui venga stipulata l'assicurazione di un terzo.

Il diritto attuale stabilisce già nell'articolo 5 capoverso 1 LCA che quando il contratto è concluso a mezzo di un rappresentante, devono essere dichiarati non solo i fatti che sono noti al rappresentato, ma anche quelli noti al rappresentante. Tuttavia esso non prevede il caso in cui, pur non concludendo il contratto, il rappresentante provvede all'adempimento dell'obbligo di dichiarazione; la proposta di revisione colma questa lacuna.

Cpv. 1

Secondo il principio dell'attribuzione delle conoscenze, lo stipulante è responsabile della dichiarazione di tutte le fattispecie di rischio che lo riguardano. Affinché uno stipulante di mala fede non possa sottrarsi, attraverso un rappresentante di buona fede, alle condizioni e alle conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione, occorre considerare anche le conoscenze del rappresentato. Se lo stipulante è rappresentato da terzi nell'adempimento del suo obbligo di dichiarazione, devono essere dichiarate anche le fattispecie rilevanti di rischio che sono o dovrebbero essere note al rappresentante.

Cpv. 2

Per quanto concerne l'assicurazione di terzi (art. 9 cpv. 2) vanno prese in considerazione sia le conoscenze dello stipulante sia le conoscenze delle persona assicurata e di un eventuale rappresentante (cfr. anche art. 5 cpv. 2 LCA). L'obbligo di dichiarazione incombe allo stipulante, che deve informarsi presso le succitate persone.

Se lo stipulante adempie il suo obbligo di informarsi, la terza persona o il suo rappresentante sono a conoscenza del fatto che vi è l'intento di concludere il contratto. Vi sono tuttavia casi in cui la persona da assicurare non ne è al corrente della conclusione del contratto, ad esempio nel caso di un'assicurazione di responsabilità civile per veicoli a motore di un conducente ancora ignoto. Per questo motivo, è prevista, come già nell'articolo 5 capoverso 2 LCA, un'eccezione alla regola.

Nell'attuale articolo 5 capoverso 2 LCA l'obbligo di dichiarazione decade se il proponente non può essere avvisato in tempo utile. Al giorno d'oggi ciò non è più possibile e di conseguenza questa riserva è ormai obsoleta.

Art. 17 Momento determinante

Questa norma pone rimedio alle incertezze finora legate alla distinzione tra violazione dell'obbligo di dichiarazione e obblighi risultanti dall'aumento del rischio. Attualmente, secondo l'articolo 4 LCA l'obbligo precontrattuale di dichiarazione vale fino alla conclusione del contratto, dopo di che si applicano le regole concernenti l'aumento del rischio. Lo stipulante è pertanto tenuto a dichiarare per scritto all'impresa di assicurazione le modifiche delle fattispecie di rischio che intervengono prima della conclusione del contratto. Di regola, gli stipulanti non sono però consapevoli del fatto che l'obbligo di dichiarazione non si esaurisce rispondendo al questionario dell'impresa di assicurazione. I problemi insorgono soprattutto quando si verificano fattispecie di rischio sottoposte a dichiarazione obbligatoria mentre è in corso l'esame dell'offerta da parte dell'impresa di assicurazione. Se lo stipulante adempie il proprio obbligo e l'impresa di assicurazione riceve la dichiarazione soltanto dopo aver accettato la proposta, essa non può invocare né una violazione dell'obbligo di dichiarazione né un aumento del rischio. La disciplina proposta dal presente disegno permette di risolvere questa situazione insoddisfacente; l'obbligo di dichiarazione vale fino alla consegna o all'invio delle informazioni all'impresa di assicurazione, dopo di che vi è un aumento del rischio che va obbligatoriamente notificato (art. 45).

Le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione sono state attenuate con la revisione parziale della LCA, entrata in vigore il 1° gennaio 2006. Nella predetta novella ci si è limitati solo alle revisioni più urgenti (introduzione del principio di causalità, diritto di recesso). Per questo motivo, negli articoli 18–22 sono proposte altre modifiche volte a migliorare ulteriormente la protezione degli assicurati.

Abbiamo rinunciato a riprendere la norma sul mantenimento del contratto nonostante la reticenza. Essa avrebbe permesso all'impresa di assicurazione di mantenere il contratto decidendo unilateralmente di aumentare il premio con effetto retroattivo; ne sarebbero potuti insorgere conflitti, in particolare riguardo alle possibili conseguenze finanziarie per lo stipulante. Inoltre, il mantenimento di un contratto deve essere nell'interesse di entrambe le parti e non deve essere una decisione unilaterale. Per questi motivi rinunciamo a riprendere la norma. Naturalmente le parti sono libere di negoziare un nuovo contratto che tenga conto delle nuove fattispecie di rischio.

Cpv. 1

Come il diritto vigente (art. 6 cpv. 1 LCA), anche il disegno di legge prevede che in caso di violazione dell'obbligo di dichiarazione l'impresa di assicurazione può recedere per scritto dal contratto, a condizione che lo stipulante abbia commesso una colpa; una lieve negligenza è sufficiente. Anche in futuro, si dovrà però tenere conto della nozione soggettiva di colpa secondo la giurisprudenza attuale del Tribunale federale. In altre parole, occorrerà tener conto delle caratteristiche personali e delle capacità del dichiarante per valutare se egli avrebbe dovuto essere a conoscenza della fattispecie di rischio rilevante.

Il diritto di recesso dell'impresa di assicurazione dipende dalle seguenti condizioni. La lettera a esige che l'impresa di assicurazione abbia valutato erroneamente il rischio a causa delle indicazioni errate fornitele. Ciò significa che la situazione di rischio è peggiore di quanto previsto dall'impresa di assicurazione. È tuttavia possibile che una fattispecie prevista non costituisca per l'impresa di assicurazione una condizione imprescindibile per la conclusione del contratto. In questo caso l'indicazione errata avrebbe influito negativamente sulla valutazione del rischio, ma non sulla decisione di concludere il contratto o di concluderlo con il contenuto convenuto. Per questo motivo, la lettera b pone la condizione cumulativa secondo cui, se avesse potuto valutare correttamente il rischio, la compagnia di assicurazione non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato con un contenuto diverso (rilevanza soggettiva).

Rinunciamo a una norma concernente l'indicazione inesatta dell'età perché casi di questo genere non rivestono più importanza nella pratica.

Cpv. 2

Anche l'articolo 18 capoverso 2 corrisponde al diritto in vigore (art. 6 cpv. 2 LCA) e disciplina il termine entro il quale deve essere esercitato il diritto di recesso.

Cpv. 3

Il recesso ha effetto giuridico in conformità al principio della ricezione, ossia dal momento in cui perviene allo stipulante

Cpv. 1

Conformemente al diritto vigente, il diritto dell'impresa di assicurazione di rifiutare le prestazioni presuppone la *fine del contratto*.

Tenuto conto che le conseguenze della riduzione e del rifiuto delle prestazioni sono molto gravose per lo stipulante, pare adeguato introdurre una normativa più differenziata di quella del diritto attuale. Il principio di causalità, già previsto nel diritto attuale, è modificato dal disegno di legge nel senso che la riduzione o il rifiuto delle prestazioni è possibile solo in caso di colpa.

Il diritto di rifiutare o ridurre le prestazioni è commisurato al *grado di colpa*. Il rifiuto completo delle prestazioni è dunque giustificato nei casi di violazione intenzionale dell'obbligo di dichiarazione, mentre in caso di violazione per negligenza la riduzione delle prestazioni è commisurata al grado di colpa.

Il disegno di legge riprende inoltre il *principio di causalità*. L'obbligo di fornire le prestazioni si estingue solo nei casi di assicurazione il cui verificarsi o la cui portata sono stati influenzati dalla omessa o inesatta dichiarazione della fattispecie rilevante di rischio. Il diritto in vigore, invece, non distingue in base all'incidenza originaria della fattispecie sull'accadimento o sull'entità del danno, ma prevede il diritto generale di rifiutare le prestazioni anche per cause parziali e ha quindi carattere sanzionatorio. Il disegno pone rimedio a questa lacuna, limitando la possibilità di negare o ridurre le prestazioni ai soli danni il cui accadimento o la cui entità sono stati influenzati dalla omessa o inesatta dichiarazione della fattispecie di rischio.

Cpv. 2

Secondo il capoverso 2 l'impresa di assicurazione che recede dal contratto può anche rinunciare a negare le prestazioni o a ridurle come prevede il capoverso 1, chiedendo invece la differenza tra il premio originariamente pattuito e il premio che sarebbe risultato dalla tariffa applicabile se l'obbligo di dichiarazione non fosse stato violato. Il testo di legge statuisce chiaramente che il premio maggiorato può essere chiesto soltanto per il periodo durante il quale il rischio è effettivamente stato più elevato, vale a dire dalla conclusione del contratto fino al momento in cui il recesso ha effetto (cpv. 3). L'impresa di assicurazione può avvalersi di questo diritto anche nei casi in cui il contratto si estingue indipendentemente dalla violazione dell'obbligo di dichiarazione, per esempio in caso di danno totale.

Cpv. 3

Il diritto attuale non considera il caso in cui la copertura non sarebbe stata concessa se la fattispecie fosse stata dichiarata correttamente (ad es. riserva). Il disegno di legge corregge questa situazione prevedendo la liberazione totale dall'obbligo di fornire le prestazioni nei casi in cui il rischio non sarebbe stato assicurato, neanche a un premio più alto. A causa delle importanti conseguenze di questa disposizione, l'impresa di assicurazione deve provare chiaramente che non avrebbe coperto un dato rischio (ad es. allegando contratti contenenti riserve analoghe apportate nella medesima situazione).

Cpv. 4

L'articolo 19 capoverso 4 corrisponde al diritto vigente (art. 6 cpv. 4 LCA) secondo cui in caso di recesso da un contratto riscattabile di assicurazione sulla vita, l'impresa di assicurazione deve il valore di riscatto.

Cpv. 5

L'impresa di assicurazione può chiedere un rimborso, commisurato al grado di colpa, delle prestazioni che ha fornito in seguito alla violazione dell'obbligo di dichiarazione.

Cpv. 6

Con il capoverso 6 si tiene conto anche dei casi in cui il contratto non si estingue per recesso, bensì per altri motivi, in particolare nel caso vi sia un danno totale assicurato e l'impresa d'assicurazione venga a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione solo in un secondo tempo.

Art. 20 Violazione dell'obbligo di dichiarazione in caso di grandi rischi

Nell'attività di massa i contratti d'assicurazione sono conclusi di regola in modo che lo stipulante, dopo aver compilato il questionario predisposto dell'impresa di assicurazione, sottoponga la propria proposta all'impresa di assicurazione, che la può accettare o rifiutare. La procedura è diversa per l'assicurazione di grandi rischi. In questo caso il contratto è spesso concluso per mezzo di un bando. Lo stipulante consegna una documentazione in cui sono descritti i rischi. Su questa base l'impresa di assicurazione presenta l'offerta, che lo stipulante può accettare o rifiutare. Anche in questi casi l'impresa di assicurazione deve poter presupporre di essere stata informata correttamente delle fattispecie rilevanti di rischio. L'impresa di assicurazione sfrutta la possibilità di chiedere ulteriori informazioni unicamente in relazione alle fattispecie di rischio descritte in modo incompleto nella documentazione del bando. Lo stipulante non è tenuto a fornire di propria iniziativa, ossia spontaneamente, informazioni sul rischio. Se lo fa, l'impresa di assicurazione deve potersi fidare della veridicità delle informazioni. Questa protezione della buona fede esige che le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione siano applicate anche allo stipulante che, senza essere stato interpellato, fornisce informazioni inesatte ma di sostanziale importanza per la valutazione del rischio da assicurare.

Art. 21 Recesso dal contratto collettivo

La disposizione riprende il contenuto del diritto vigente (art. 7 LCA) e disciplina le conseguenze del recesso da un contratto collettivo.

Art. 22 Mancato effetto della violazione dell'obbligo di dichiarazione

Come l'articolo 8 LCA, anche questa disposizione menziona circostanze che impediscono l'efficacia delle conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione.

Rinunciamo a una disposizione secondo cui l'impresa di assicurazione non ha diritto di recedere dal contratto se la fattispecie dichiarata in maniera inesatta o sottaciuta cessa di esistere prima che accada il sinistro (art. 8 n. 1 LCA), poiché il disegno di legge fa dipendere le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichia-

razione esclusivamente dall'influenza che una fattispecie di rischio ha effettivamente avuto sul danno (principio di causalità). Inoltre, non è prevista una disposizione secondo cui le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione non intervengono se l'impresa di assicurazione rinuncia ad avvalersene (art. 8 n. 5 LCA). La rinuncia all'esercizio di questo diritto ha effetto esclusivamente nei confronti dell'impresa di assicurazione ed è quindi già ammessa implicitamente nell'ambito delle disposizioni semimperative dell'articolo 22.

Cpv. 1

Le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione si producono solo a condizione che la richiesta di informazioni rinvii in maniera chiara all'obbligo di dichiarazione e indichi le possibili conseguenze giuridiche della violazione di detto obbligo. In questo modo si garantisce che le gravi sanzioni degli articoli 18 e seguenti siano applicate allo stipulante soltanto se quest'ultimo è stato previamente informato in modo chiaro della portata dell'obbligo di dichiarazione e delle conseguenze della violazione di detto obbligo. Un mero rimando alla legge non soddisfa queste esigenze.

L'obbligo di indicare le conseguenze giuridiche della violazione decade naturalmente per quanto concerne i grandi rischi (art. 20).

Cpv. 2 e 3

Capoverso 2 lettera a: come nel vigente articolo 8 numero 2 LCA, nemmeno il nuovo diritto permette all'impresa di assicurazione di avvalersi della violazione dell'obbligo di dichiarazione se essa stessa ha provocato la reticenza o l'inesatta dichiarazione di una fattispecie di rischio. Ogni comportamento attivo o passivo dell'impresa di assicurazione nell'ambito della conclusione del contratto è considerato atto a provocare la reticenza o l'inesatta dichiarazione. Se si è fatta rappresentare da un'altra persona ai sensi dell'articolo 69 capoverso 2 o dell'articolo 67 capoverso 3, l'impresa di assicurazione deve rispondere del comportamento del terzo come del proprio, indipendentemente dalla natura del rapporto giuridico che la lega a tale persona. L'impresa di assicurazione risponde in modo analogo del comportamento degli agenti di assicurazione.

Capoverso 2 lettera b: questa disposizione riprende il contenuto materiale dei numeri 3 e 4 dell'articolo 8 LCA ma ne abbrevia la formulazione. In caso di rappresentanza l'impresa di assicurazione deve rispondere delle conoscenze del rappresentante come nella lettera a.

Anche il capoverso 2 lettera c e il capoverso 3 riprendono la disciplina vigente (art. 8 n. 6 LCA) e ne adeguano la formulazione dal profilo linguistico. L'impresa di assicurazione non può in linea di massima invocare una violazione dell'obbligo di dichiarazione se una delle domande da lei poste non aveva ricevuto risposta.

2.1.2.4 Sezione 4: Convenzioni speciali

Art. 23 Copertura provvisoria

La copertura provvisoria permette allo stipulante di beneficiare della copertura assicurativa già durante le trattative che precedono la definitiva conclusione del contratto. La copertura provvisoria è un contratto d'assicurazione autonomo sottopo-

sto alla LCA. Malgrado sia ampiamente applicata nella prassi, non è mai stata inclusa nella legge. Questa lacuna viene così colmata.

Cpv. 1

La copertura provvisoria è sempre conclusa in vista di un contratto principale. Rispondendo all'esigenza pratica di concludere in modo rapido e semplice il contratto d'assicurazione, per fondare l'obbligo di prestazione dell'impresa di assicurazione deve essere sufficiente che le parti possano intendersi sui rischi assicurati e il volume della copertura assicurativa. L'articolo 27 del Codice civile²⁹ vieta di contrarre impegni che limitano la libertà soggettiva in modo incompatibile con il diritto o la morale. Questi limiti valgono anche per quanto concerne l'obbligo d'informare precontrattuale dell'impresa di assicurazione.

Le condizioni generali di assicurazione costituiscono parte integrante del contratto sulla copertura provvisoria soltanto se ciò è stato convenuto.

Cpv. 2

Le parti devono concludere un accordo speciale sul pagamento del premio solo se ciò non è usuale per quanto riguarda principio ed entità.

Cpv. 3

Non è nemmeno necessario che la durata del contratto sia stabilita esplicitamente. In questo caso si applicano le disposizioni legali secondo cui il contratto sulla copertura provvisoria prende fine con la conclusione del contratto definitivo, indipendentemente dal fatto se questo è concluso con la pertinente impresa di assicurazione o con un'altra impresa di assicurazione. Inoltre, il capoverso 3 statuisce che la copertura provvisoria può essere disdetta in ogni momento osservando un termine di due settimane.

Cpv. 4

Al fine di offrire la massima flessibilità le coperture provvisorie non sottostanno agli specifici requisiti formali della LCA.

Art. 24 Assicurazione con effetto retroattivo

In genere un contratto d'assicurazione è concluso per un evento futuro. Esso deve coprire i sinistri che possono verificarsi dopo la conclusione del contratto o dopo la data di entrata in vigore del contratto. Tuttavia, in alcuni casi vi può essere la necessità di accordare una copertura assicurativa per eventi del passato. La situazione di fatto e giuridica risulta meno problematica se, secondo il contratto, il sinistro si considera verificato in un momento successivo, benché si riferisca a fatti accaduti prima della conclusione del contratto. A titolo di esempio si menziona la cosiddetta clausola «claims made», contenuta nell'assicurazione della responsabilità civile, secondo la quale determinante per il verificarsi del sinistro non è l'evento dannoso, bensì l'esercizio di pretese in materia di responsabilità civile da parte del danneggiato.

Per contro, secondo il diritto in vigore, il contratto è in linea di principio nullo «se, al momento in cui fu concluso, il rischio era già scomparso o il sinistro era già acca-

²⁹ RS 210

duto» (art. 9 LCA). Ciononostante, nella prassi capita costantemente che si concludano assicurazioni per eventi del passato o si estenda il contratto a tali eventi.

Cpv. 1

Per soddisfare eventuali esigenze della pratica, il capoverso 1 modifica e amplia l'articolo 10 capoverso 1 LCA lasciando alle parti la libertà di far iniziare l'assicurazione in una data precedente la conclusione del contratto (si stipula così una vera e propria assicurazione con effetto retroattivo). Anticipare la copertura deve quindi essere possibile anche nei casi in cui l'impresa di assicurazione e lo stipulante sanno che il sinistro si è verificato e scelgono quindi consapevolmente di anticipare il momento a partire dal quale il contratto è efficace. Lo stesso vale nel caso in cui le parti non siano sicure se il sinistro si è già verificato o no.

Cpv. 2

L'assicurazione con effetto retroattivo è tuttavia nulla se soltanto lo stipulante sapeva, o avrebbe dovuto sapere, che un sinistro assicurato si era verificato già prima della conclusione del contratto. Questa regola risulta già dal principio della buona fede ma viene esplicitamente statuita nella presente sede per motivi di chiarezza. In questi casi vi è spesso anche violazione dell'obbligo di dichiarazione precontrattuale da parte dello stipulante; la disposizione è comunque necessaria per le situazioni in cui lo stipulante non ha dovuto rispondere a domande concrete prima della conclusione del contratto.

Art. 25 Impossibilità del verificarsi del sinistro

La presente disposizione tiene in parte conto della situazione descritta con «il venir meno del rischio» nel diritto in vigore. Essa non si riferisce tuttavia all'assicurazione con effetto retroattivo, bensì al caso in cui l'impresa di assicurazione sapeva (o avrebbe dovuto sapere) dell'impossibilità obiettiva del verificarsi di un sinistro (ad es. assicurazione sulla vita per una persona già defunta o assicurazione di una cosa inesistente). Anche in un caso simile il contratto è nullo, poiché non sarebbe giusto obbligare lo stipulante al pagamento dei premi se è evidente già a priori che una controprestazione dell'impresa di assicurazione è esclusa.

Art. 26 Clausola di pagamento

Cpv. 1

In linea di principio le parti sono libere di convenire la data di decorrenza del contratto, ossia il momento in cui inizia l'assicurazione. È pure possibile convenire – anche nelle condizioni generali di assicurazione – che la copertura non sussiste finché non si è pagato il primo premio. In questo caso la data di decorrenza del contratto è fissata al momento in cui lo stipulante adempie il suo (primo) obbligo di prestazione. Va osservato che un'impresa di assicurazione è tenuta a fornire informazioni sulla clausola di pagamento in adempimento del suo obbligo d'informare precontrattuale (cfr. art. 12 cpv. 1 lett. h).

Cpv. 2

Un'impresa di assicurazione non può appellarsi alla convenzione ai sensi del capoverso 1 se la polizza è stata consegnata prima del pagamento del primo premio. Si vuole così evitare che lo stipulante possa essere indotto a credere di essere assicurato

dal momento della consegna della polizza, anche se non ha ancora pagato il premio. Come nel diritto vigente (art. 19 cpv. 2 LCA), la disposizione proposta nel disegno è semimperativa.

2.1.2.5 Sezione 5: Comunicazioni e osservanza dei termini

Art. 27 Comunicazioni

La presente disposizione corrisponde all'articolo 43 LCA. Viste le gravi conseguenze che comporta, l'applicazione della regolamentazione a tutte le comunicazioni dell'impresa di assicurazione, anche a quelle secondo il diritto generale o a seguito di un accordo contrattuale, non si giustifica nemmeno nel nuovo diritto. La norma diventa semimperativa: ciò significa che non può essere modificata nelle condizioni generali di assicurazione a sfavore dello stipulante o dell'avente diritto. Non è stato ripreso l'articolo 44 LCA (comunicazioni all'impresa di assicurazione). Nella prassi, non sussiste più alcun bisogno di una simile norma, poiché le imprese hanno l'obbligo di fornire tali informazioni conformemente al diritto in materia di sorveglianza. Contrariamente all'avamprogetto posto in consultazione (vedi art. 28 cpv. 2 AP-LCA), rinunciamo a inserire nel presente disegno una disposizione concernente la notificazione fittizia. Non c'è motivo di prevedere una tale notificazione nel contratto d'assicurazione senza introdurla, per esempio, anche nel contratto di locazione o nel contratto di lavoro.

Art. 28 Osservanza dei termini

La norma riprende il diritto vigente (art. 45 cpv. 2 e 3 LCA) invertendo l'ordine dei capoversi.

2.1.3 Capitolo 3: Premio

Art. 29 Scadenza

L'obbligo principale dello stipulante è il pagamento del premio convenuto, esigibile all'inizio del periodo di assicurazione, che di regola dura un anno. Si tratta di una disposizione dispositiva come lo è il vigente articolo 19 capoverso 1 LCA. Le parti possono dunque convenire un altro periodo assicurativo. Altrettanto vale per la scadenza del termine per il pagamento del premio e per un'eventuale suddivisione di quest'ultimo in rate da corrispondere a intervalli regolari durante il periodo assicurativo. In linea di principio, bisogna distinguere la scadenza del premio dal momento in cui il contratto comincia ad avere effetto. L'assicurazione decorre, di regola, indipendentemente dalla scadenza del premio. È fatta salva la possibilità di prevedere nel contratto una clausola di pagamento (art. 26) secondo cui l'inizio della copertura assicurativa dipende dal pagamento del primo premio.

Il disegno si distingue dal diritto vigente (art. 22 LCA) poiché rinuncia a disciplinare il luogo dell'adempimento. Sono dunque applicabili le disposizioni generali del Codice delle obbligazioni relative al contratto, segnatamente l'articolo 74 capoverso 2 numero 1 CO, secondo cui il premio deve essere pagato alla sede dell'impresa di assicurazione.

Art. 30 Mora

Cpv. 1

Le condizioni e le conseguenze della mora del debitore sono in linea di massima rette dal CO e in particolare dagli articoli 102 e seguenti. L'articolo 102 capoverso 1 CO stabilisce il principio che il debitore è costituito in mora mediante l'interpellazione del creditore, se l'obbligazione è scaduta (in questo caso il premio). Ciò significa altresì che l'inadempimento del debitore non determina la mora se il creditore non procede prima alla diffida. L'articolo 102 capoverso 2 CO fa un'eccezione per il caso in cui un giorno dell'adempimento sia stato stabilito nel contratto o risulti determinato da una disdetta preventivamente convenuta e debitamente fatta. Diversamente dal vigente articolo 20 LCA, secondo il disegno di legge la costituzione in mora dello stipulante non avviene più soltanto con la diffida. La questione è invece lasciata aperta. Se un contratto d'assicurazione non contiene una regola in proposito, bisogna stabilire secondo le circostanze del singolo caso se è stata convenuta una data di scadenza. Se così non fosse, occorre una diffida.

Cpv. 2

Se lo stipulante è in mora al pagamento del premio, in un primo tempo il contratto d'assicurazione è mantenuto e l'impresa di assicurazione deve fornire, in caso di sinistro, la prestazione promessa. La copertura assicurativa è valida fino all'eventuale scioglimento del contratto e lo stipulante deve pagare i premi per il corrispondente periodo e gli interessi di mora come pure risarcire i danni dovuti al ritardo. L'impresa di assicurazione può tuttavia sciogliere il contratto. A tal fine deve però dapprima impartire al debitore moroso un termine di quattro settimane per il pagamento del premio dovuto. Tale termine non può essere abbreviato nel contratto e inizia a decorrere da quando lo stipulante moroso riceve la comunicazione dell'assicurazione. Quando fissa il termine suppletorio, l'impresa di assicurazione deve dichiarare altresì che alla scadenza infruttuosa del termine, vale a dire in caso di mancato pagamento continuato, considera il contratto sciolto o, in caso di assicurazione sulla vita, convertito.

Art. 31 Divisibilità del premio

Questa norma corrisponde all'articolo 24 capoverso 1 primo periodo LCA entrato in vigore il 1° gennaio 2006. Sono state apportate piccole modifiche sotto il profilo linguistico e sotto quello della sistematica.

Il capoverso 2 lettera a riprende materialmente l'articolo 24 capoverso 2 LCA: la totalità del premio per il periodo assicurativo in corso è dovuta se un'impresa di assicurazione ha fornito la propria prestazione in caso di danno totale. La lettera b corrisponde alla normativa attuale in caso di danno parziale (art. 42 cpv. 3 LCA). Se lo stipulante recede dal contratto nel corso dell'anno successivo alla sua conclusione, per il periodo assicurativo in corso è comunque dovuta la totalità del premio.

Art. 32 Prestazioni assicurative con periodo di attesa

La disposizione corrisponde all'articolo 118 OS. Poiché sotto il profilo del contenuto concerne il diritto contrattuale, essa viene integrata nella LCA.

2.1.4 Capitolo 4: Verificarsi del sinistro

2.1.4.1 Sezione 1: Oneri dello stipulante e dell'avente diritto

Il verificarsi del sinistro determina l'obbligo principale dell'impresa di assicurazione, ossia fornire le prestazioni promesse nel contratto. In compenso, conformemente al diritto in vigore all'avente diritto incombono diversi oneri. Diversamente dagli obblighi di adempiere il contratto, gli oneri sono regole di comportamento che l'avente diritto e lo stipulante devono seguire per evitare di subire un pregiudizio. L'impresa di assicurazione non può esigere che l'avente diritto e lo stipulante rispettino queste regole; essa non può dunque agire in giudizio né ottenere un risarcimento del danno. L'inosservanza dell'onere può determinare, ad esempio nel caso dell'articolo 41 capoverso 5, una riduzione delle prestazioni dell'impresa di assicurazione commisurata al grado di colpa. La nuova disciplina estende esplicitamente il campo d'applicazione oltre all'avente diritto anche allo stipulante.

Le lacune nella sistematica della LCA in vigore sono evidenti anche per quanto riguarda gli oneri. Le disposizioni concernenti l'avviso di sinistro, la riduzione del danno e il divieto di modifica sono sparse nel testo di legge. Il disegno riunisce tutti questi oneri. Subisce una modifica materiale l'onere di prevenire e ridurre il danno (art. 33), che è anticipato al momento immediatamente precedente il verificarsi del sinistro.

Art. 33 Prevenzione e riduzione del danno

Questa normativa, che nel diritto vigente (art. 61 LCA) è applicabile soltanto all'assicurazione contro i danni, è ripresa nelle disposizioni generali cosicché il campo d'applicazione è esteso a tutti i generi di assicurazione. Sotto il profilo sistematico la conseguenza giuridica della violazione dell'obbligo di ridurre il danno è ora collocata nella normativa sulla liberazione totale o parziale dell'impresa di assicurazione dal suo obbligo di fornire la prestazione (art. 41 cpv. 5), liberazione che è commisurata al grado di colpa.

Basandosi sull'analisi economica, l'AIR approva il nuovo obbligo di prevenzione del danno. L'impresa di assicurazione dovrebbe però avere la possibilità di escludere in via contrattuale alcune specifiche misure di prevenzione e riduzione del danno. L'AIR ha anche accolto favorevolmente il fatto che l'assunzione delle spese per prevenire e per ridurre il danno sia limitata alla somma assicurata. Va inoltre mantenuta l'attuale chiave di ripartizione dei costi per la procedura peritale (art. 67 cpv. 5 LCA) tra impresa di assicurazione e stipulante (50:50). Il disegno di legge è conforme ai risultati dell'AIR salvo che sull'ultimo punto. Infatti, per quanto concerne i suddetti costi, non si ravvisano motivi per cui questi non debbano essere sostenuti nell'ambito delle spese di accertamento del danno, oggi assunte dall'impresa di assicurazione (art. 40 cpv. 2).

Cpv. 1

L'attuale «obbligo di salvataggio» (titolo marginale dell'articolo 61 LCA) non deve scattare soltanto *dopo* il verificarsi del sinistro, ma anche nei casi in cui vi è soltanto il rischio che il sinistro si realizzi. Tuttavia, lo stipulante o l'avente diritto devono essere tenuti a intervenire solo quando vi è una minaccia imminente che il sinistro si realizzi e solo nella misura in cui le misure volte a prevenire o ridurre il danno sono possibili e ragionevoli nella situazione concreta. L'estensione dell'«obbligo di

salvataggio» dovrebbe permettere di evitare alcuni casi di assicurazione, tanto più che all'obbligo dello stipulante si contrappone l'obbligo dell'impresa di assicurazione di rimborsare le spese per le misure adottate fino all'ammontare della somma assicurata (art. 40). Questa disciplina consente di mettere fine in modo positivo e adeguato all'annosa controversia concernente il riconoscimento di un «obbligo di salvataggio» anticipato.

Questa normativa non preclude gli accordi contrattuali che concernono gli oneri relativi alla riduzione del rischio o alla prevenzione dell'aumento del rischio e che non sono direttamente intesi a prevenire il verificarsi del caso di assicurazione.

Cpv. 2

L'onere di chiedere istruzioni all'impresa di assicurazione è già previsto nel diritto vigente (art. 61 cpv. 1 secondo periodo LCA). È probabile che le imprese di assicurazione preciseranno questa disposizione nelle condizioni generali di assicurazione.

Art. 34 Avviso

L'obbligo di avvisare l'impresa di assicurazione riprende l'articolo 38 LCA nei suoi punti essenziali. La conseguenza giuridica non è disciplinata in questa disposizione, ma in seguito tra le prestazioni dell'impresa di assicurazione (cfr. art. 41 cpv. 1 lett. b e cpv. 5). Poiché si considera evidente che l'avviso deve rispettare la forma scritta, la possibilità che il contratto imponga la forma scritta non è più menzionata nella disposizione.

Art. 35 Informazioni

Cpv. 1

Lo stipulante o l'avente diritto che fa valere delle prestazioni assicurative soggiace, come nella regolamentazione in vigore, all'obbligo d'informare l'impresa di assicurazione. La pretesa assicurativa diviene esigibile soltanto dopo l'adempimento di tale obbligo. L'impresa di assicurazione può richiedere, come finora, tutte le informazioni che, servono, da un lato, ad accertare le circostanze in cui si è verificato il sinistro e, dall'altro, a determinare l'entità dell'obbligo di fornire prestazioni.

Cpv. 2

Nel nuovo diritto l'obbligo contrattuale di presentare determinati documenti, materialmente ripreso dal diritto vigente (art. 39 cpv. 2 n. 1 LCA), acquisisce carattere semimperativo. Le conseguenze giuridiche della violazione di tale onere sono indicate anche in questo caso nell'articolo 41 capoverso 5. Tenuto conto del carattere semimperativo dell'articolo 41, l'impresa di assicurazione non può più prevedere nelle condizioni generali di assicurazione l'estinzione del suo obbligo di fornire le prestazioni in caso di inadempimento dell'obbligo d'informare.

Art. 36 Divieto di modifica

L'articolo 36 riprende materialmente l'articolo 68 capoverso 1 LCA. Le conseguenze giuridiche della disposizione sono disciplinate nell'articolo 41.

2.1.4.2

Sezione 2: Prestazione dell'impresa di assicurazione

Art. 37 Somma assicurata

Cpv. 1

Per pianificare le sue capacità e definire i suoi bisogni di riassicurazione, l'impresa di assicurazione deve poter conoscere e limitare il suo impegno massimo. La somma assicurata serve a questo scopo. Rappresenta il massimo di ciò che l'impresa di assicurazione deve fornire.

Cpv. 2

Resta possibile prevedere restrizioni, ma devono essere chiaramente definite. È per esempio possibile stabilire che la somma assicurata è la somma massima disponibile annualmente per coprire tutti i danni avvenuti nel corso dell'anno. In caso contrario si può presumere che la somma assicurata è interamente a disposizione per ciascun sinistro verificatosi.

Art. 38 Esigibilità e mora

Cpv. 1

Per quanto concerne l'esigibilità della prestazione assicurativa, il disegno si attiene ampiamente al concetto del diritto vigente (art. 41 cpv. 1 LCA). Il nuovo testo implica anche che una prestazione è esigibile soltanto se lo stipulante o l'avente diritto ha adempiuto l'obbligo di avviso (art. 34) e l'obbligo d'informare secondo l'articolo 35. Dopo che l'impresa di assicurazione ha ricevuto sufficienti informazioni, decorre – come nel diritto in vigore – il cosiddetto termine di riflessione. Tale termine è di quattro settimane, dopo di che la prestazione assicurativa diviene esigibile. L'esigibilità potrà anche in futuro essere data prima che l'impresa di assicurazione abbia effettivamente potuto convincersi della fondatezza della pretesa. Questa soluzione è sostenibile, dato che permette all'avente diritto che ha adempiuto i propri oneri di far valere giuridicamente la sua pretesa, anche se questa non è ancora quantificabile.

La disposizione è semimperativa e non saranno quindi possibili clausole contrattuali sull'esigibilità della prestazione assicurativa che siano sfavorevoli allo stipulante. Di conseguenza, rinunciamo dunque a riprendere la normativa vigente secondo cui non sono valide clausole che permettono di esigere la pretesa assicurativa soltanto dopo che sia stata riconosciuta dall'assicuratore o ammessa con sentenza definitiva (art. 41 cpv. 2 LCA).

Cpv. 2

Con l'esigibilità della prestazione assicurativa, l'impresa di assicurazione è costituita direttamente in mora se non fornisce detta prestazione. La norma si ispira all'articolo 102 capoverso 2 CO e le disposizioni generali del CO si applicano anche alle conseguenze della mora.

Art. 39 Pagamenti rateali

Cpv. 1

Nella prassi è frequente che l'impresa di assicurazione riconosca in linea di massima il suo obbligo di fornire prestazioni contestandone però l'entità. Secondo la presente disposizione l'aveute diritto potrà esigere pagamenti rateali dall'impresa di assicurazione, a condizione che sia scaduto il termine di riflessione secondo l'articolo 38 e che tali pagamenti siano chiesti solo fino a concorrenza dell'importo incontestato, in altri termini fino a concorrenza dell'importo riconosciuto dall'impresa di assicurazione. L'impresa di assicurazione deve agire secondo scienza e coscienza; se l'importo è determinato in modo arbitrario, l'aveute diritto può rivolgersi a un tribunale.

I pagamenti rateali non devono essere confusi con i cosiddetti *anticipi*. In quest'ultimo caso l'impresa di assicurazione compie pagamenti parziali anticipati anche se il suo obbligo di fornire la prestazione non è ancora determinato.

Cpv. 2

Il capoverso 1 si applica per analogia anche nel caso in cui più persone facciano valere una prestazione assicurativa o non sia ancora chiaro se vi siano altri aventi diritto. In siffatti casi i pagamenti rateali possono essere richiesti purché si sia stabilito o l'impresa di assicurazione non contesti il fatto che più persone abbiano, ciascuna, un diritto incontestato a una pretesa o prestazione assicurativa fino a concorrenza di un determinato importo.

Art. 40 Costi di prevenzione, riduzione e accertamento del danno

Cpv. 1

I costi per prevenire o di ridurre il danno (art. 33) devono essere assunti dall'impresa di assicurazione. Ciò vale – analogamente al diritto vigente (art. 70 cpv. 1 LCA) – anche quando le misure sono state infruttuose, purché lo stipulante o l'aveute diritto abbiano potuto considerarle necessarie. Tuttavia l'impresa di assicurazione non è tenuta a fornire prestazioni che eccedono la somma assicurata convenuta. In tal modo si tiene conto del fatto che le spese di salvataggio possono raggiungere rapidamente cifre smisurate nei casi di assicurazione di grande portata (incendio in galleria, esplosione in una grande fabbrica).

Cpv. 2

In linea di massima anche le spese di accertamento del danno devono essere assunte dall'impresa di assicurazione (cfr. art. 67 cpv. 5 LCA). Anche in questo caso il suo obbligo è limitato alla somma assicurata. La regola si applica a prescindere dalla decisione del tribunale sulle spese.

Cpv. 3

Se ha provocato spese di prevenzione, riduzione, accertamento o di constatazione del danno, l'impresa di assicurazione deve assumerle anche quando, unitamente alle altre prestazioni, tali spese superano la somma assicurata. Si tratta di uno di quei casi legali (semimperativi) in cui l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire prestazioni non è limitato, come statuito come regola generale nell'articolo 37 capoverso 1, alla somma assicurata. Anche l'articolo 70 capoverso 1 LCA prevede che, in

caso di assunzione delle spese di salvataggio, la somma assicurata può essere superata, ma questa disposizione ha unicamente carattere dispositivo.

Cpv. 4

L'obbligo di assunzione delle spese diminuisce per l'impresa di assicurazione nella misura in cui essa può ridurre le sue prestazioni (ad es. secondo l'art. 41).

Art. 41 Liberazione dall'obbligo di fornire prestazioni e riduzione della prestazione

Cpv. 1-3

Queste disposizioni riprendono gli articoli 14 e 40 LCA discostandosene in alcuni punti.

Il capoverso 1 elenca i comportamenti che portano alla completa liberazione dell'impresa di assicurazione dall'obbligo di fornire prestazioni e che presuppongono una colpa qualificata dello stipulante o dell'avente diritto. La colpa implica la capacità di discernimento e, secondo la lettera a, l'intenzione di provocare il sinistro. Contrariamente all'articolo 14 capoverso 1 LCA non si parla più di intenzionalità. Questa può essere considerata la forma più grave di premeditazione: lo scopo del comportamento è provocare (illecitamente) il danno. Il dolo diretto, che si prefigge, ma non soltanto, di provocare un danno va trattato come l'intenzionalità. Anche in caso di dolo diretto, il grado di colpa giustifica la liberazione dall'obbligo di fornire prestazioni. Ciò non vale invece per il dolo eventuale, ossia quando l'autore ritiene possibile il verificarsi del danno e ne accetta il rischio, anche se non necessariamente lo desidera. L'atto commesso per dolo eventuale, che nella pratica è molto difficile distinguere dall'atto commesso per negligenza grave, non giustifica una liberazione completa dell'impresa di assicurazione dall'obbligo di fornire prestazioni. Di conseguenza il dolo eventuale è trattato insieme alla negligenza grave nel capoverso 2 e comporta una riduzione della prestazione secondo il grado di colpa. La lettera b sanziona, come finora l'articolo 40 LCA, la adduzione ingannevole di pretese assicurative. L'inganno può dunque essere messo in relazione sia alla adduzione in sé sia all'entità di una prestazione assicurativa che viene fatta valere. Il disciplinamento ha carattere semimperativo. La disposizione non può essere modificata, per quel che concerne la prestazione, a svantaggio dello stipulante. È naturalmente fatto salvo il recesso per motivi importanti conformemente all'articolo 53.

Se un sinistro è provocato per dolo eventuale o per negligenza grave, l'impresa di assicurazione può ridurre la prestazione in maniera commisurata al grado di colpa conformemente al capoverso 2.

Secondo il capoverso 3, in caso di negligenza leggera o media la riduzione della prestazione assicurativa è esclusa come nel diritto vigente (art. 14 cpv. 4 LCA). L'obbligo di fornire la prestazione intera nei casi in cui il sinistro è stato provocato per negligenza non contraddice il principio secondo cui le conseguenze giuridiche di una violazione degli oneri dipendono dalla colpa. Infatti, l'essenza stessa del rapporto assicurativo consiste nel fornire allo stipulante garanzie contro i rischi che, secondo l'esperienza generale, possono realizzarsi nella vita quotidiana anche usando la diligenza abituale.

Cpv. 4

La disposizione tiene conto in parte dell'attuale articolo 14 capoverso 3 LCA, che disciplina il caso in cui il sinistro assicurato è provocato da una persona delle cui azioni è tenuto a rispondere lo stipulante o l'aveute diritto. In questi casi, la riduzione della prestazione può fondarsi sulla colpa del terzo o sulla colpa dello stipulante o dell'aveute diritto, oppure sul cumulo delle colpe di questi e del terzo.

Il disegno di legge considera rilevanti soltanto la colpa dello stipulante o dell'aveute diritto ma non la colpa del terzo. Se lo stipulante o l'aveute diritto commette una colpa grave nella sorveglianza o nell'assunzione di un terzo, l'impresa di assicurazione può ridurre la propria prestazione secondo il grado della colpa, in modo analogo a quanto prescrive il capoverso 2. Se, ad esempio, un datore di lavoro cede un veicolo a un dipendente e quest'ultimo provoca un incidente per guida in stato di ebbrezza, l'impresa di assicurazione è tenuta a fornire la totalità della prestazione sia dell'assicurazione della responsabilità civile, sia dell'assicurazione casco; essa ha tuttavia un diritto di regresso nei confronti del dipendente. Se, per contro, il datore di lavoro consegna, per grave negligenza, un veicolo non sicuro al dipendente e questo causa un incidente senza concorso di colpa (o per negligenza leggera), l'impresa di assicurazione fornisce la totalità della prestazione dell'assicurazione della responsabilità civile (diritto di azione diretta) e riduce la prestazione dell'assicurazione casco. Nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile l'impresa di assicurazione ha inoltre un diritto di regresso nei confronti del datore di lavoro in caso di negligenza grave; con il regresso essa può far valere le prestazioni ridotte dell'assicurazione casco. La prestazione può essere rifiutata completamente allo stipulante o all'aveute diritto che commettono una colpa intenzionale (ad es. per quanto concerne la sorveglianza di un terzo).

Cpv. 5

Il capoverso 5 corrisponde al vigente articolo 15 LCA, che disciplina il divieto di ridurre la prestazione assicurativa se il sinistro è cagionato nell'adempire un dovere di umanità. A differenza dell'avamprogetto posto in consultazione, non si è rinunciato a questa disposizione poiché è possibile provocare intenzionalmente il sinistro anche adempiendo un dovere di umanità. In questi casi l'impresa di assicurazione deve fornire la totalità della prestazione, a prescindere dal grado di colpa.

Cpv. 6

Lo stipulante o l'aveute diritto che violano i propri oneri subiscono un pregiudizio che discende dalla completa o parziale liberazione dell'impresa di assicurazione dal suo obbligo di fornire prestazioni, fermo restando che l'entità della liberazione dipende dal grado di colpa dello stipulante o dell'aveute diritto. Se, ad esempio, lo stipulante non adempie l'obbligo di ridurre il danno di cui all'articolo 33, l'impresa di assicurazione può ridurre le sue prestazioni in maniera corrispondente al grado di colpa se sono soddisfatte le altre condizioni. La prova del grado di colpa su cui si fonda la riduzione della prestazione deve essere fornita dall'impresa di assicurazione. In virtù del principio di causalità, la prestazione non può essere ridotta se la violazione degli oneri non ha avuto ripercussioni sull'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire prestazioni. La prova di questo fatto deve essere fornita dallo stipulante o dall'aveute diritto. Il capoverso 5 si riferisce sia agli oneri legali, sia agli oneri contrattuali; l'importanza di questa differenza viene attenuata. Il presente

capoverso riguarda infine anche la lesione del diritto di regresso da parte dell'avente diritto, disciplinata attualmente nell'articolo 72 capoverso 2 LCA.

Art. 42 Luogo dell'adempimento

Diversamente dalla disposizione generale dell'articolo 74 CO, le imprese di assicurazione devono adempiere i propri obblighi, che possono comprendere in particolare anche delle prestazioni e che derivano dai contratti d'assicurazione, al domicilio svizzero dell'assicurato o dello stipulante. Se il domicilio del terzo assicurato o dello stipulante è all'estero, la sede dell'impresa di assicurazione vale quale luogo dell'adempimento. La presente disciplina del luogo dell'adempimento ha carattere semimperativo e si applica a tutti gli obblighi derivanti all'impresa di assicurazione dal contratto.

Art. 43 Pegno sulla cosa assicurata

Questa disposizione, che riprende l'articolo 57 LCA, è necessaria poiché permette al creditore pignoratizio di mantenere il diritto di pegno in caso di estinzione della cosa assicurata costituita in pegno (cfr. art. 801 CC).

2.1.5 Capitolo 5: Modifica del contratto

2.1.5.1 Sezione 1: Aumento e riduzione del rischio

Art. 44 Modifica del rischio

La sezione 1 inizia con una disposizione generale che definisce quando vi è una modifica del rischio. La modifica del rischio è posta in relazione alla violazione dell'obbligo di dichiarazione sia per quanto concerne la rilevanza della fattispecie di rischio, sia per quanto concerne il momento determinante per la modifica. In tal modo vi è una modifica del rischio se muta una fattispecie rilevante di rischio di cui all'articolo 15 capoverso 2 del disegno; tuttavia, la modifica non può essere soltanto temporanea. Il riferimento alla fattispecie rilevante di rischio significa anche che una modifica deve riguardare le fattispecie in merito alle quali l'impresa di assicurazione ha posto domande allo stipulante. Pertanto lo stipulante deve di fatto rimanere tenersi al corrente per tutta la durata del rapporto assicurativo delle fattispecie su cui gli sono state poste domande scritte. Una modifica è considerata determinante se provoca un nuovo stato di rischio; rinunciamo però a definire con maggiore precisione nel disegno la nozione e la portata del rischio. Il momento determinante per la modifica del rischio è quello in cui è stato adempiuto l'obbligo di dichiarazione secondo l'articolo 17 del disegno. Sussiste una modifica del rischio se una fattispecie rilevante muta dopo che l'impresa di assicurazione ne è stata informata in adempimento dell'obbligo di dichiarazione. Questa norma chiara permette di evitare gli attuali obblighi di ulteriore notifica, di cui gli assicurati di regola non sono consapevoli e che sono quindi oggetto di critiche.

Art. 45 Aumento del rischio

Cpv. 1

L'obbligo di dichiarazione incombe allo stipulante. Se terzi sono assicurati da un contratto, la dichiarazione può essere effettuata dal terzo assicurato. La responsabilità della dichiarazione è comunque dello stipulante.

Cpv. 2-4

La presente disposizione disciplina le conseguenze dell'aumento del rischio. Il disegno non fa più distinzione tra aumento del rischio ad opera dello stipulante e aumento del rischio senza concorso di quest'ultimo (cfr. art. 28 e 30 LCA), poiché l'intervento (anche senza colpa) dello stipulante non giustifica l'importante distinzione che il diritto in vigore prevede per le conseguenze giuridiche. La prassi deroga quindi di frequente alla legge e già da tempo. Anche nelle condizioni generali di assicurazione l'aumento del rischio è assimilato ad aumento del rischio ad opera o senza concorso dello stipulante. Pertanto, la distinzione va operata soltanto per quanto concerne la dichiarazione (vedi in proposito cpv. 5).

Se vi è un aumento del rischio, secondo il capoverso 2 l'impresa di assicurazione deve avere il diritto di decidere se intende proseguire il contratto. In caso affermativo, essa può adeguare il premio dal momento dell'aumento del rischio.

In tal caso, secondo il capoverso 3 lo stipulante può recedere dal contratto.

Se lo stipulante o l'impresa di assicurazione recede dal contratto, in virtù del capoverso 4 quest'ultima ha diritto a un aumento del premio tra il momento dell'aumento del rischio e quello dello scioglimento del contratto, sempre che tale aumento risulti dalle tariffe applicabili. L'adeguamento del premio è dovuto in tutti i casi, poiché l'impresa di assicurazione deve assumersi un rischio maggiore. Essa deve dimostrare l'equità dell'aumento del prezzo e non le si può impedire di giustificare tale equità sulla base delle sue tariffe. In caso di contestazione, decide il giudice.

Cpv. 5

Come nel caso delle disposizioni concernenti la liberazione dall'obbligo di fornire prestazioni e la riduzione della prestazione dell'impresa di assicurazione di cui all'articolo 41, il presente capoverso dispone che l'impresa di assicurazione può negare o ridurre la prestazione qualora lo stipulante abbia mancato, per colpa, di dichiarare l'aumento del rischio. Dato che è riconosciuta come colpa anche la negligenza lieve, questa si ripercuote sulla determinazione dell'entità della riduzione della prestazione. Il rifiuto delle prestazioni appare giustificato soltanto se la dichiarazione concernente l'aumento del rischio è stata omessa intenzionalmente. Deve però sussistere un nesso di causalità tra la mancata dichiarazione dell'aumento del rischio e il verificarsi o l'accrescersi dell'obbligo dell'impresa di assicurazione. Se tale nesso causale non è dato, lo stipulante non patirà un pregiudizio nemmeno se la mancata dichiarazione dell'aumento del rischio è imputabile a sua colpa.

Art. 46 Diminuzione del rischio

In caso di diminuzione del rischio, lo stipulante può recedere dal contratto o esigere una riduzione del premio. Poiché non è sempre facile stabilire con certezza il momento in cui è subentrata la diminuzione del rischio e considerato che la prosecuzione del contratto, mantenuto temporaneamente invariato, non arreca pregiudizio

all'impresa di assicurazione, si può rinunciare a fissare un termine entro il quale deve essere dichiarata la diminuzione del rischio. Il diritto di recesso dello stipulante è dato quindi nel caso in cui l'impresa di assicurazione rifiuti di ridurre il premio o lo stipulante non sia d'accordo sulla riduzione proposta. In queste circostanze, il recesso va comunicato per scritto entro quattro settimane dal ricevimento della presa di posizione dell'impresa di assicurazione; il recesso ha effetto quattro settimane dopo la data in cui la relativa comunicazione è pervenuta all'impresa di assicurazione.

Art. 47 Contratto collettivo

La disposizione riprende sostanzialmente l'articolo 31 LCA. Ora però il testo di legge dà una formulazione più chiara del diritto dello stipulante di chiedere che, se l'impresa di assicurazione recede da un contratto collettivo in seguito a un aumento del rischio secondo l'articolo 45 capoverso 2, il contratto sia mantenuto nelle parti non toccate dall'aumento del rischio.

Il recesso dal contratto da parte dell'impresa di assicurazione in relazione alle parti del contratto toccate dall'aumento del rischio può determinare un cambiamento della composizione della cerchia delle persone o cose assicurate, da cui può risultare un premio medio diverso ed eventualmente più alto. Per questo motivo, lo stipulante che esige la prosecuzione del contratto per le parti non toccate dall'aumento del rischio deve essere tenuto, anche secondo il nuovo diritto, a pagare unicamente il premio in base alla tariffa per le restanti parti del contratto.

2.1.5.2 Sezione 2: Adeguamento unilaterale del contratto

Art. 48 Clausola di adeguamento del premio

La clausola di adeguamento del premio ha per oggetto l'aumento del premio nel corso del contratto. Il diritto vigente contiene regole a tale riguardo soltanto per quanto concerne le assicurazioni sulla vita (art. 132 OS). Le clausole di adeguamento del premio attualmente in uso permettono alle imprese di assicurazione di adeguare i premi con semplici dichiarazioni unilaterali.

Il disegno di legge prevede che d'ora innanzi le clausole di adeguamento saranno ammesse soltanto se le circostanze determinanti per il calcolo del premio si sono sostanzialmente modificate dalla conclusione del contratto. Una modifica sostanziale deve essere giustificata da circostanze obiettive. Non è dunque sufficiente che l'impresa di assicurazione abbia effettuato un apprezzamento erroneo del rischio al momento della conclusione del contratto o abbia voluto legare a sé lo stipulante con un'offerta allettante. Neppure la modifica delle condizioni generali di assicurazione costituisce una siffatta giustificazione. Rimane salva l'eventuale impugnazione del contratto in virtù delle disposizioni generali del CO concernenti i vizi della volontà.

L'impresa di assicurazione che fa uso di una clausola di adeguamento deve comunicare per scritto allo stipulante l'aumento del premio. La comunicazione deve contenere il motivo dell'aumento e menzionare il diritto di recesso dello stipulante conformemente all'articolo 48 capoverso 3. L' aumento ha effetto alla data comunicata allo stipulante dall'impresa di assicurazione, ma al più presto otto settimane dopo la ricezione della comunicazione. Dal canto suo lo stipulante ha la possibilità di rece-

dere dal contratto entro la data a partire dalla quale ha effetto l'aumento del premio conformemente alla comunicazione dell'impresa di assicurazione, ossia al più presto otto settimane dopo che gli è pervenuta la comunicazione relativa all'aumento del premio. Il disegno di legge contiene ora un termine di otto settimane invece del termine di quattro settimane previsto nell'avamprogetto posto in consultazione. Un termine di quattro settimane è infatti troppo breve per permettere allo stipulante di cercare e concludere un'assicurazione complementare malattia e potrebbe condurre a lacune nella copertura assicurativa.

Se l'aumento del premio concerne solo una parte del contratto, ad esempio un solo rischio o determinati rischi, il recesso può riferirsi soltanto alla suddetta parte. Se lo stipulante esercita un siffatto recesso parziale, il contratto rimane valido per il resto e l'impresa di assicurazione non ha la possibilità di liberarsi in via eccezionale della parte restante del contratto.

Il nuovo diritto di disdire il contratto 3 anni dopo la sua conclusione (art. 52 disdetta ordinaria) permette all'impresa di assicurazione di liberarsi di eventuali rischi indesiderati, per esempio se ha compiuto calcoli errati. Una clausola di adeguamento del premio restrittiva non ha quindi conseguenze eccessive per l'impresa di assicurazione. Dal punto di vista dello stipulante, la clausola riduce la probabilità che l'impresa di assicurazione gli comunichi, conformemente alle nuove regole, la disdetta ordinaria del contratto visto che la modifica delle circostanze permette di aumentare il premio. Si riduce così il rischio per lo stipulante di non riuscire a concludere tempestivamente una nuova assicurazione e di essere esposto a un lacuna nella copertura assicurativa.

Secondo l'AIR questa normativa va approvata sotto il profilo economico e sociale. L'AIR ha inoltre mostrato che le clausole di adeguamento dei premi generano costi di transazione inferiori a quelli delle disdette ordinarie.

Art. 49 Modifica delle condizioni generali di assicurazione

Questo articolo riprende la disciplina dell'articolo 35 LCA e si applica soltanto alle nuove condizioni generali di assicurazione offerte per uno stesso rischio ma non alle modifiche delle condizioni generali di assicurazione nel quadro di rapporti contrattuali in corso. Anche se nella prassi l'articolo 35 LCA non ha avuto un'importanza rilevante, deve essere mantenuto il diritto dello stipulante di aderire alle proposte di nuovi prodotti e soluzioni.

Secondo il nuovo capoverso 3, l'impresa di assicurazione ha il diritto di rifiutare la prosecuzione del contratto alle nuove condizioni. Il rifiuto presuppone però che la modifica del contratto sia legata a un aumento del rischio assicurato; si tratta ad esempio dei casi in cui un'impresa di assicurazione riformula le condizioni generali di assicurazione estendendo la cerchia dei rischi da coprire nell'assicurazione complementare malattia. Se l'impresa di assicurazione fa uso del suo diritto di rifiutare, il contratto esistente è mantenuto.

Il capoverso 3 non si applica al diritto conferito allo stipulante dall'articolo 112 di concludere, al posto di quello esistente, un contratto per quanto possibile equivalente in un effettivo aperto. Il capoverso 3 prevede che il contratto esistente sia mantenuto mentre l'articolo 112 permette di concluderne uno nuovo.

2.1.6 Capitolo 6: Fine del contratto

2.1.6.1 Sezione 1: Scioglimento per legge

Art. 50 Cessazione dell'interesse economico assicurato

Finora la LCA non disciplinava esplicitamente il venir meno dell'interesse economico assicurato. La dottrina dominante accorda però allo stipulante, in siffatti casi, un «diritto di annullamento» (per diversi motivi). Il disegno di legge fa ora chiarezza in proposito. Il contratto è sciolto ipso iure se l'interesse economico assicurato cessa durante il decorso del contratto; non è dunque necessario che una delle parti receda dal contratto. L'interesse economico assicurato cessa quando oggettivamente non è più possibile che il sinistro assicurato accada. La cessazione dell'interesse assicurato deve essere notificata all'impresa di assicurazione se questa non ne è ancora a conoscenza.

Rimangono salve le pretese derivanti da sinistri assicurati già verificatisi ai sensi del capoverso 2. Si allude ad esempio ai versamenti di una rendita a seguito di un infortunio effettuati sulla base di un'assicurazione di responsabilità civile. Il capoverso 2 contiene in sostanza un principio ovvio, che discende già dall'articolo 56. La disposizione appare comunque opportuna per motivi di chiarezza, in particolare per i danni non ancora emersi derivanti da casi d'assicurazione già esistenti.

Art. 51 Passaggio di proprietà

La disposizione riprende la regolamentazione dell'articolo 54 LCA in vigore dal 1° luglio 2009.

2.1.6.2 Sezione 2: Disdetta del contratto

Art. 52 Disdetta ordinaria

La proposta di introdurre nella legge il diritto di disdetta ordinaria era già stata fatta nell'ambito del progetto di revisione parziale della LCA (del 1998). Si reputava che – e le cose non sono cambiate da allora – che i contratti d'assicurazione di lunga durata non erano più compatibili con il contesto concorrenziale in cui operano le imprese di assicurazione. Bisogna inoltre considerare che con il venir meno dell'obbligo di approvazione delle condizioni generali di assicurazione, l'autorità di vigilanza non può più, in linea di principio, esercitare alcuna influenza sulle singole disposizioni contrattuali riguardanti la durata dei contratti assicurativi. Anche l'AIR raccomanda di prevedere per la clientela privata un diritto di disdetta ordinario al termine del primo anno di durata del contratto. Per la clientela aziendale l'introduzione di un tale diritto non è ritenuta necessaria. Tuttavia, considerate le riserve espresse nei confronti della segmentazione del mercato in clienti privati e aziendali, il disegno prevede un diritto di disdetta ordinario per tutti gli stipulanti.

L'AIR ritiene che per l'assicurazione malattie complementare e l'indennità giornaliera in caso di malattia non si debba in linea generale prevedere un diritto di disdetta ordinario delle imprese di assicurazione, dato che con queste assicurazioni gli stipulanti si assicurano proprio contro il rischio di essere un cattivo rischio. Tale considerazione è di per sé corretta. Ma se il disegno rinuncia ciononostante a prevedere una

deroga è perché non vi sono elementi che inducano a pensare che le imprese di assicurazione abusino del diritto di disdetta. Bisogna dunque evitare di ingerire senza necessità nella libertà contrattuale.

L'introduzione di un diritto di disdetta ordinario induce a chiedersi in che misura sia ancora opportuna la disdetta in caso di sinistro, prevista attualmente dall'articolo 42 LCA e parte integrante dell'avamprogetto posto in consultazione (art. 55 AP-LCA). In particolare, per lo stipulante può essere difficile, in caso di sinistro, riuscire a concludere un nuovo contratto se è stata l'impresa di assicurazione ad avvalersi della facoltà di disdetta. D'altronde, qualora creda che un sinistro sia stato liquidato in modo inadeguato, lo stipulante potrebbe ritenere giusto cambiare l'impresa di assicurazione. Anche le imprese di assicurazione potrebbero avere l'interesse ad avvalere della facoltà di disdetta se si trovano di fronte, in caso di liquidazione di un sinistro, a uno stipulante eccessivamente litigioso.

Il presente disegno rinuncia tuttavia alla possibilità di disdetta in caso di sinistro, dato che d'ora in poi è possibile disdire il contratto alla fine del terzo anno e di ogni anno successivo. D'altra parte non è possibile contemperare in maniera convincente, per ciascuna delle parti, gli interessi menzionati riguardanti la possibilità di disdetta. Occorre soprattutto partire dal presupposto che un contratto d'assicurazione serve a coprire i rischi. Sia lo stipulante, sia l'impresa di assicurazione ipotizzano al momento della conclusione del contratto un numero di sinistri statisticamente noto per una determinata durata del contratto. Non si capisce dunque perché si debba disdire un contratto non appena si verifica il sinistro, visto che il contratto era stato concluso proprio per regolare le conseguenze di tale sinistro. Se in un qualsiasi rapporto contrattuale una delle parti si ritiene lesa dal comportamento dell'altra e questo comportamento costituisce una violazione degli obblighi contrattuali, la parte lesa ha a disposizione gli usuali rimedi giuridici. Altrimenti deve accettare questo comportamento. Non si comprende il motivo per cui ciò non debba valere anche per il contratto d'assicurazione. Anche l'AIR è favorevole alla soppressione generale del diritto di disdetta in caso di sinistro, tenuto conto che ora è prevista la possibilità di disdetta ordinaria.

Cpv. 1

Il diritto di disdetta ordinario (per entrambe le parti contrattuali) consente di liberarsi dal vincolo contrattuale al più tardi dopo una durata contrattuale di tre anni. Il fatto di fissare il termine di disdetta per la fine di un anno contrattuale in corso è volta a permettere di stabilire i premi, che comprendono anche i costi di acquisizione, su base annua.

Cpv. 2

Le parti devono poter convenire la possibilità di disdire il contratto prima della fine del terzo anno, nel qual caso lo statuto dello stipulante non può essere peggiore di quello dell'impresa di assicurazione. Il diritto di disdetta deve essere regolato in modo che la disdetta non sia un atto unilaterale, ma dello stesso tenore per entrambe le parti contraenti.

Cpv. 3

L'assicurazione sulla vita deve essere esclusa dal campo d'applicazione, dato che ad essa si applica un termine di disdetta abbreviato conformemente all'articolo 106.

Per impedire che il diritto di disdetta ordinario serva a eludere le disposizioni della LAMal che tutelano lo stipulante contro la disdetta abusiva delle assicurazioni complementari, è opportuno introdurre una riserva in tal senso.

Art. 53 Disdetta straordinaria

Cpv. 1

Al pari di numerosi altri contratti, anche il contratto d'assicurazione deve poter essere disdetto in ogni momento per gravi motivi. Per la disdetta straordinaria non devono essere osservati termini particolari. Malgrado il diritto di disdetta ordinario contemplato dalla legge, vi sono situazioni in cui non si può più ragionevolmente pretendere la prosecuzione del contratto né dallo stipulante né dall'impresa di assicurazione.

Cpv. 2

Il capoverso 2 sancisce, conformemente al diritto generale dei contratti, che si considera segnatamente grave motivo ogni circostanza in presenza della quale non si può ragionevolmente pretendere che chi dà la disdetta continui in buona fede il contratto. I motivi per cui non si può ragionevolmente pretendere la prosecuzione del contratto possono risiedere, ad esempio, nella disparità di trattamento dello stipulante o in una frode assicurativa da parte di quest'ultimo. Spetta dunque ai giudici sviluppare una giurisprudenza adeguata in caso di contestazione tenendo conto dell'articolo 2 CC. Una situazione di disdetta straordinaria si verifica comunque raramente; in caso di dubbio, alle parti va indicato il rimedio della disdetta ordinaria di cui all'articolo 52.

In virtù della legislazione sulla sorveglianza delle assicurazioni (cfr. art. 62 LSA), il diritto di disdetta è dato anche in caso di trasferimento del portafoglio svizzero a un'impresa di assicurazione. Dato che siffatto diritto attiene alla legislazione sulla sorveglianza delle assicurazioni, nel presente disegno si rinuncia a un rimando esplicito.

Art. 54 Recesso in caso di attività non autorizzata

Se a un'impresa di assicurazione è revocata l'autorizzazione ad esercitare l'attività assicurativa conformemente alla legge sulla sorveglianza degli assicuratori, lo stipulante deve avere, come è il caso attualmente (cfr. art. 36 LCA «recesso»), il diritto di recedere in via straordinaria dal contratto. D'ora in poi lo stipulante potrà recedere in via straordinaria dal contratto anche quando l'impresa di assicurazione non dispone dell'autorizzazione a esercitare l'attività assicurativa. In questi casi è la legge che stabilisce che la prosecuzione del contratto non può ragionevolmente essere pretesa. La disposizione è in linea con l'articolo 61 capoverso 3 LSA, secondo cui l'impresa di assicurazione alla quale è stata revocata l'autorizzazione non può stipulare nuovi contratti di assicurazione; i contratti in vigore non possono essere prorogati e la copertura contrattuale non può essere estesa.

L'autorità di vigilanza deve definire in dettaglio le modalità con cui un'impresa di assicurazione può continuare la propria attività. Essa disciplinerà altresì la prosecuzione dei contratti d'assicurazione non rescissi.

Art. 55 Estensione della responsabilità

Può capitare che il rischio assicurato (ad es. un infortunio) si realizzi nel corso del contratto, ma che il danno derivatone (ad es. le spese di cura o la perdita di guadagno) insorga soltanto dopo la fine del contratto d'assicurazione. L'obbligo dell'assicuratore di fornire le prestazioni presuppone in linea di principio cumulativamente che il rischio e il sinistro assicurati si verifichino nel periodo di validità del contratto. Secondo l'articolo 57 AP-LCA posto in consultazione, l'impresa di assicurazione avrebbe dovuto coprire anche i sinistri verificatisi nei cinque anni successivi alla fine del contratto se il rischio assicurato si fosse realizzato nel corso del contratto (cosiddetto principio di causalità). La norma è stata contestata soprattutto dagli assicuratori, secondo i quali si sarebbe in particolare vietata l'applicabilità del cosiddetto principio «claims made» (principio della data di richiesta del risarcimento). Essi hanno inoltre criticato le nuove disposizioni, poiché avrebbero impedito la continuazione di un sistema ben funzionante nell'assicurazione malattia complementare e nell'assicurazione dell'indennità giornaliera. La regolamentazione qui proposta tiene conto di questa critica.

L'AIR approva queste norme sotto il profilo economico e sociale, anche se nel complesso non giudica auspicabile una limitazione generale della libertà degli assicuratori di determinare il momento a partire dal quale sono tenuti a fornire le prestazioni (principio «claims made»). Nell'ambito delle assicurazioni standard a difesa dei consumatori l'AIR propone di reintrodurre, per ragioni economiche, il principio di causalità. Nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia chiede che si rispetti in linea di massima la convenzione di libero passaggio in vigore in questo contesto. Il disegno tiene ampiamente conto di tali considerazioni.

Cpv. 1

In linea di principio, l'estensione della responsabilità rientra nell'idea generale che ognuno di noi ha di un'assicurazione. Infatti, se il rischio assicurato si realizza nel corso del contratto, l'impresa di assicurazione che era parte nel contratto in quel periodo deve rispondere di tutti i danni derivanti da tale realizzazione, a prescindere dal momento in cui sono insorti. L'obbligo dell'impresa di assicurazione non può però essere illimitato. Pertanto, esso è limitato sul piano temporale ai danni che insorgono nei dieci anni successivi alla fine del contratto.

Cpv. 2

La regolamentazione del capoverso 2 tiene ampiamente conto delle critiche formulate dagli assicuratori, nel senso che, da un lato, esclude le assicurazioni professionali e commerciali della responsabilità civile dall'applicabilità semimperativa dell'estensione della responsabilità, permettendo in tal modo di continuare ad applicare segnatamente il principio «claims made». La disposizione si estende a tutte le assicurazioni della responsabilità civile, a condizione che non siano concluse da una persona fisica al di fuori della sua attività professionale o commerciale (assicurazione privata della responsabilità civile). Per garantire la congruenza con l'articolo 5 capoverso 2 che parla di attività professionale e commerciale, nel capoverso 2 si utilizza l'espressione «responsabilità civile professionale e commerciale», benché la

nozione generale di «responsabilità civile commerciale» comprenda in linea di principio anche la responsabilità civile professionale.

D'altra parte, se lo stipulante passa da un'impresa di assicurazione a un'altra e se entrambe prevedono il cosiddetto principio delle cure, deve essere fatta salva l'assicurazione malattie secondo la LCA. Nel caso del principio delle cure, l'obbligo di fornire le prestazioni scatta a partire dalla data delle cure (assicurazione delle cure medico-sanitarie) o dal momento dell'incapacità lavorativa (assicurazione d'indennità giornaliera). La data di inizio della malattia non è quindi determinante ai fini dell'obbligo di fornire le prestazioni.

Art. 56 Casi d'assicurazione pendenti

Cpv. 1

Secondo questa disposizione un'impresa di assicurazione non è autorizzata a limitare o sopprimere unilateralmente gli obblighi di prestazione esistenti alla fine del contratto dopo il verificarsi del sinistro. L'impresa di assicurazione deve fornire le prestazioni cui è tenuta per contratto, a prescindere dall'eventualità che il contratto venga sciolto anticipatamente (ad es. in caso di danno parziale).

Cpv. 2

Se lo stipulante passa da un'impresa di assicurazione a un'altra e se entrambe prevedono il cosiddetto principio delle cure, la disposizione concernente le conseguenze dei casi d'assicurazione pendenti non si applica all'assicurazione malattie secondo la LCA. Con la normativa proposta, la convenzione di libero passaggio³⁰ in vigore tra le imprese di assicurazione continua ad essere applicabile (la convenzione prevede tra l'altro che in caso di cambio dell'assicurazione i sinistri passano dalla vecchia alla nuova impresa di assicurazione).

2.1.7 Capitolo 7: Esecuzione forzata

Art. 57 Fallimento dell'impresa di assicurazione

Come nel diritto vigente (art. 37 cpv. 1 LCA), anche in futuro un contratto di assicurazione si estinguerà in caso di fallimento dell'impresa di assicurazione. Pare opportuno far cessare, in caso di fallimento, tutti i contratti per la stessa data. Poiché in determinati casi lo stipulante può non trovare subito una nuova impresa di assicurazione con cui concludere un altro contratto, si prevede che il contratto si scioglie dopo otto settimane dall'apertura del fallimento. I crediti che sorgono dopo la dichiarazione di fallimento, ma prima dello scadere del termine di otto settimane, sono considerati crediti nel fallimento. Per definizione, i crediti nel fallimento sono crediti sorti prima della dichiarazione di fallimento, mentre quelli sorti dopo la dichiarazione di fallimento sono in linea di principio crediti della massa che sono soddisfatti con priorità. Una corrispondente precisazione è dunque necessaria affinché non siano privilegiate le prestazioni assicurative sorte dopo la dichiarazione di fallimento.

³⁰ Convenzione di libero passaggio del 1° gennaio 2006 fra gli assicuratori d'indennità giornaliera in caso di malattia.

A rigor di logica, l'informazione adeguata degli stipulanti non incombe più all'impresa di assicurazione fallita bensì all'autorità di vigilanza.

Le disposizioni speciali dell'attuale articolo 37 capoversi 2-4 LCA non sono riprese nel nuovo diritto. Questo prevede norme speciali per l'assicurazione sulla vita (cfr. art. 106 seg. concernente la fine anticipata e la conversione di un contratto d'assicurazione sulla vita). Poiché d'ora in poi si applicherà una norma generale in materia di divisibilità del premio (cfr. art. 31), è superfluo prevedere una norma speciale in caso di fallimento. Infine, rimangono salve le pretese in materia di risarcimento del danno. Simili pretese sono già fondate sull'articolo 41 o 97 CO e non è necessario inserire nella LCA basi giuridiche in merito.

Art. 58 Fallimento dello stipulante

Cpv. 1

Dal 2006 la LCA prevede nell'articolo 55 capoverso 1 che, in caso di fallimento dello stipulante, il contratto si estingue con la dichiarazione di fallimento. La versione precedente del testo statuiva quanto segue: «Nel caso di fallimento dello stipulante la massa gli sottra nel contratto. Si applicano a questo caso le disposizioni relative al cambiamento di proprietario (art. 54).» Apparentemente questa disposizione è stata rivista nell'ambito della revisione delle prescrizioni concernenti il cambiamento di proprietario senza tenere conto di tutte le conseguenze della nuova regolamentazione. La disposizione introdotta nel 2006 può sollevare problemi seri, in particolare se nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile sono coinvolti anche terzi. Si propone dunque di tornare al vecchio sistema; il contratto sussiste e l'amministrazione del fallimento è responsabile del suo adempimento. Sono fatte salve le disposizioni relative alla fine del contratto. In tal modo si garantisce, in particolare, che l'impresa di assicurazione interessata possa sciogliere il contratto in caso di mancato pagamento del premio.

Cpv. 2

Come nel diritto in vigore, rimangono salve le prestazioni provenienti dall'assicurazione di oggetti impignorabili. In altre parole, se è necessaria allo stipulante per sostituire gli oggetti impignorabili che sono stati danneggiati la pretesa assicurativa per questi oggetti non rientra nella massa fallimentare. La normativa riprende, con una formulazione più aperta, l'articolo 55 capoverso 2 LCA.

Art. 59 Pignoramento e sequestro

Questa disposizione riprende l'articolo 56 LCA che disciplina la modalità di pagamento in caso di pignoramento o sequestro di una cosa assicurata.

Art. 60 Estinzione della designazione del beneficiario

La disposizione corrisponde all'articolo 79 LCA; tuttavia, sul piano sistematico essa non figura più nell'assicurazione delle persone, bensì nel capitolo sull'esecuzione forzata. La nuova collocazione della disposizione tiene conto fra l'altro del regolamento del Tribunale federale del 10 maggio 1910³¹ concernente il pignoramento, il

³¹ RS 281.51

sequestro e la realizzazione di diritti derivanti da polizze d'assicurazione, a termini della legge federale del 2 aprile 1908 sui contratti d'assicurazione (RPAss). Benché concerna principalmente l'assicurazione delle persone, il regolamento contiene altresì disposizioni sull'assicurazione contro i danni. Eventuali adeguamenti resi necessari dalla presente revisione saranno in futuro di competenza del nostro Consiglio (ordinanza del 22 novembre 2006³² concernente l'alta vigilanza sulla esecuzione e sul fallimento; OAV-LEF); il RPAss del Tribunale federale continua a essere valido (art. 4 OAV-LEF).

Art. 61 Esclusione della realizzazione della pretesa assicurativa in via di esecuzione o di fallimento

La disposizione riprende testualmente l'articolo 80 LCA ed è corretto dal punto di vista sistematico inserirla nel capitolo generale sull'esecuzione forzata.

Art. 62 Subingresso

Anche la questa disposizione corrisponde al diritto vigente (art. 81 LCA).

Art. 63 Realizzazione della pretesa assicurativa in via di esecuzione o di fallimento

La disposizione riprende l'articolo 86 LCA e anch'essa è collocata sotto il profilo sistematico nel capitolo sull'esecuzione forzata.

2.1.8 Capitolo 8: Prescrizione

Art. 64

Cpv. 1

Secondo il diritto vigente, i crediti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondata l'obbligazione (art. 46 cpv. 1 primo periodo LCA). Dalla consultazione è emerso in modo chiaro che questo termine di prescrizione estremamente breve non corrisponde più alla situazione attuale. Per quanto riguarda la prestazione assicurativa, un termine inferiore a dieci anni sarebbe estraneo al sistema, in considerazione della prescrizione ordinaria contemplata dal CO (10 anni per i crediti; art. 127 CO) e degli attesi sviluppi legislativi (il nostro Consiglio avvierà una procedura di consultazione relativa alla revisione delle norme sulla prescrizione presumibilmente dopo la pausa estiva). Nella pratica ci sarebbe il rischio, se il termine fosse portato ad esempio a soli cinque anni, che la copertura assicurativa non sia più garantita, ma che la persona civilmente responsabile debba comunque continuare a rispondere del danno, tenuto conto del termine di prescrizione assoluto di dieci anni in caso di atto illecito (art. 60 CO). Pertanto anche per le prestazioni assicurative il termine di prescrizione deve essere di dieci anni, come raccomanda pure lo studio dell'AIR.

Contrariamente all'avamprogetto posto in consultazione – e a seguito di varia critiche formulate in proposito – il termine di prescrizione non decorre più dalla scadenza (art. 38), altrimenti lo stipulante potrebbe rimandare a piacimento l'inizio della decorrenza del termine. A garanzia della certezza del diritto, il termine deve pertanto, analogamente all'attuale regolamentazione, iniziare a decorrere dal verificarsi del sinistro assicurato, ovvero dall'accadimento del danno.

Cpv. 2

Nel caso della singola prestazione assicurativa periodica si prevede, conformemente alla regolamentazione del CO, un termine di prescrizione di cinque anni per le prestazioni periodiche (art. 128 CO) e di dieci anni per il credito complessivo. Ciò corrisponde alla disposizione in vigore nella previdenza professionale (art. 41 cpv. 2 della legge federale del 25 giugno 1982³³ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità; LPP).

Il termine di prescrizione della prestazione periodica inizia a decorrere dalla sua esigibilità, ossia dal momento in cui l'avente diritto sostanzia le sue pretese (cfr. art. 38). Il credito complessivo si prescrive di regola, conformemente al capoverso 1, a decorrere dal sinistro. Se il credito complessivo cade in prescrizione, si prescrivono pure le prestazioni periodiche.

Cpv. 3

Anche per la prescrizione dei crediti di premi ci si basa sul CO, che prevede una prescrizione ordinaria di cinque anni per le prestazioni periodiche (art. 128 CO).

2.1.9 Capitolo 9: Intermediari assicurativi

Nella ricerca di una soluzione assicurativa, il cliente può incaricare un mediatore assicurativo che tuteli i suoi interessi nei confronti dell'impresa di assicurazione o rivolgersi direttamente al servizio esterno delle imprese di assicurazione, ovvero a un agente assicurativo che opera su mandato dell'impresa di assicurazione. Nella pratica, però, la distinzione tra mediatore assicurativo e agente assicurativo non è sempre chiara perché esistono forme miste. Con la presente regolamentazione si intende suddividere chiaramente il mercato dell'intermediazione assicurativa in mediatore assicurativo e agente assicurativo. In futuro gli intermediari saranno separati a livello di diritto privato e di diritto in materia di sorveglianza in modo da essere vincolati o a un'impresa di assicurazione o a uno stipulante. La doppia iscrizione nel registro – finora permessa dal diritto in materia di sorveglianza – come intermediario vincolato e non vincolato non sarà più possibile.

³³ RS 831.40

2.1.9.1

Sezione 1: Mediatori assicurativi

Art. 65 Compiti

L'intermediario assicurativo intrattiene un rapporto di fiducia con il proprio cliente e agisce nel suo interesse. I capoversi 2 e 3 disciplinano i compiti del mediatore assicurativo. Questa disposizione riprende materialmente gli obblighi di consulenza e documentazione previsti nella direttiva sull'intermediazione assicurativa (Direttiva 2002/92/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 dicembre 2002 sulla intermediazione assicurativa, GU L 9 del 15.1.2003, pag. 3). Il diritto in vigore stabilisce che l'obbligo d'informare secondo il diritto del mandato incombe al mediatore assicurativo. Tale obbligo dovrebbe corrispondere all'incirca a quelli statuiti nella direttiva dell'UE. Su questo punto quindi il disegno di legge non ha praticamente introdotto cambiamenti per i mediatori assicurativi.

Art. 66 Trasparenza della remunerazione

Il sistema classico di remunerazione degli intermediari si basa sulle commissioni. Per ogni contratto d'assicurazione concluso, gli intermediari ricevono dall'impresa di assicurazione una commissione (o una provvigione), che è inclusa nel premio assicurativo (lordo) dello stipulante. Pagando i premi all'impresa di assicurazione, lo stipulante finanzia quindi indirettamente anche l'onorario degli intermediari. L'impresa di assicurazione trasferisce a quest'ultimi l'importo corrispondente sotto forma di commissione, provvigione, remunerazione ecc.

Il sistema basato su commissioni genera un conflitto di interessi per i mediatori assicurativi. In virtù del rapporto di mandato con il suo cliente, il mediatore assicurativo è tenuto a tutelare gli interessi del cliente nei confronti dell'assicurazione. Al contempo, però, egli è pagato dall'impresa di assicurazione per la sua attività di intermediario. Questa situazione crea un conflitto tra l'interesse del cliente a concludere un contratto ottimale per lui e l'interesse del mediatore assicurativo a ottenere una remunerazione per quanto possibile elevata.

L'eliminazione di questo conflitto di interessi ha conseguenze di vasta portata per le attuali strutture del mercato. È però possibile attenuarlo in questo contesto imponendo ai mediatori assicurativi un obbligo esteso di fornire informazioni sulla loro remunerazione. La trasparenza della remunerazione permette al cliente di riconoscere la portata del conflitto di interessi e di tenerne conto nella scelta dell'impresa di assicurazione e del prodotto assicurativo.

Cpv. 1

Se è remunerato da terzi, segnatamente dall'impresa di assicurazione, il mediatore assicurativo ha un obbligo di trasparenza nei confronti del cliente. Esso è tenuto a informarlo spontaneamente, ovvero non solo su richiesta, sulle prestazioni previste. Sono considerate prestazioni le provvigioni, le commissioni e gli altri vantaggi pecuniari che il mediatore assicurativo riceve da terzi in relazione al contratto oggetto dell'intermediazione. Le remunerazioni complementari come le superprovvigioni o le cosiddette *contingent commissions* non sono più ammesse in virtù del nuovo articolo 45a LCA.

Cpv. 2

Il mediatore assicurativo è tenuto a informare sull'importo nominale della prestazione, ossia a indicarne esattamente l'ammontare. Questa esigenza non è soddisfatta se, per le prestazioni quantificabili, il mediatore presenta ad esempio soltanto una formula di calcolo. Nei casi in cui l'importo non è quantificabile prima della conclusione (o della modifica) del contratto d'assicurazione, il mediatore assicurativo deve fornire informazioni comprensibili ed esaurienti sulle modalità di calcolo della prestazione.

Il mediatore assicurativo deve inoltre fornire informazioni anche sul genere della prestazione indicando se si tratta ad esempio di una provvigione, di una commissione o di un'altra remunerazione pecuniaria. È altresì interessante sapere se la prestazione è versata in un'unica soluzione alla conclusione del contratto o periodicamente. In futuro sarà vietato concludere convenzioni concernenti il pagamento di remunerazioni complementari (vedi n. 2.6.2; art. 45a LSA).

2.1.9.2 Sezione 2: Agenti assicurativi

Diversamente da quanto previsto per i mediatori assicurativi, per gli agenti assicurativi non è stata introdotta alcuna disposizione concernente la trasparenza della remunerazione. I differenti rapporti contrattuali giustificano questa distinzione poiché tra l'agente assicurativo e lo stipulante non si stabilisce alcun rapporto contrattuale, contrariamente a quanto avviene tra il mediatore assicurativo e il suo cliente. L'agente assicurativo ha un obbligo di fedeltà verso l'impresa di assicurazione a cui è vincolato per contratto e non – come il mediatore assicurativo – verso lo stipulante. Per questo motivo, non è giustificato obbligare anche l'agente assicurativo a fornire informazioni sulla sua remunerazione allo stipulante, tanto più se si considera che negli altri settori i venditori non sono in linea di principio tenuti a rendere nota la propria remunerazione. In ogni caso nel settore dell'assicurazione sulla vita, in cui il conflitto di interessi dovuto al sistema di commissione è particolarmente marcato, l'impresa di assicurazione deve fornire – nel quadro dell'obbligo precontrattuale di informare (art. 12) – informazioni sulle spese di acquisizione e quindi anche sulle commissioni versate, indipendentemente da chi ha effettuato l'intermediazione, vale a dire il mediatore o l'agente assicurativo. Nel settore vita i mediatori e gli agenti assicurativi soggiacciono quindi alla stessa regolamentazione.

Nell'ambito della riforma strutturale della previdenza professionale, l'ordinanza sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (OPP 2), approvata recentemente dal nostro Consiglio, ha subito diverse modifiche. In particolare l'articolo 48k della citata ordinanza prevede per tutte le persone esterne incaricate dell'intermediazione (tra cui gli agenti e i mediatori assicurativi) l'obbligo di comunicare i pagamenti ricevuti. Alla luce di quanto precede, non vi è differenza se si tratta di prodotti assicurativi del settore vita. Tuttavia potrebbero esistere differenze in altri settori assicurativi subordinati all'attività previdenziale. In questi settori le disposizioni speciali della previdenza professionale prevalgono su quelle del presente disegno di legge. Ad esempio, l'articolo 48k OPP2 vieta espressamente l'accettazione di vantaggi supplementari non comunicati (nel ramo dell'assicurazione vita e non vita) o impone l'obbligo di cessione di tutti i vantaggi patrimoniali.

La disposizione riprende la regolamentazione dell'articolo 190 OS³⁴ e la trasferisce nel diritto privato. L'intermediario è tenuto a informare lo stipulante delle modifiche sopravvenute nelle informazioni fornite.

Art. 70 Responsabilità

Per quanto attiene alla responsabilità, il disegno di legge riprende le norme del CO.

2.1.10 Capitolo 10: Protezione dei dati

È mantenuto il principio secondo cui la legge federale del 19 giugno 1992³⁵ sulla protezione dei dati (LPD) è applicabile alle imprese di assicurazione (art. 2 LPD). Le disposizioni particolari sono previste, d'ora in poi, per i contratti collettivi e, come finora, in relazione alla 5ª revisione dell'AI.

Obbligati da contratti collettivi o di propria iniziativa, molti datori di lavoro assicurano il loro obbligo di continuare a pagare lo stipendio e la perdita di guadagno dei lavoratori alla scadenza del suddetto obbligo attraverso l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia. Le imprese di assicurazione ordinano un esame dello stato di salute prima della conclusione del contratto, soprattutto se i redditi da assicurare sono elevati. Ne consegue che determinati lavoratori possono essere rifiutati o ammessi con riserva. A questo punto la situazione può essere delicata per ambedue le parti. Da una parte, il datore di lavoro deve sapere quando l'assicurazione conclusa per finanziare l'obbligo di continuare a pagare lo stipendio non gli verserà prestazioni, poiché in tal caso l'obbligo gli incomberà personalmente. Una situazione simile può avere conseguenze gravi soprattutto per le piccole imprese. Dall'altra parte, il lavoratore può non avere alcun interesse a fornire informazioni sui suoi problemi di salute.

Per questo conflitto d'interessi, la soluzione dell'avamprogetto posto in consultazione (art. 73 AP-LCA *Esame medico nell'assicurazione collettiva*) prevedeva di lasciar decidere il lavoratore se comunicare al datore di lavoro il rifiuto o la riserva. Se avesse avuto validi motivi per temere di perdere il posto di lavoro rivelando il proprio stato di salute, il lavoratore avrebbe avuto la possibilità di esigere la confidenzialità. In compenso, l'obbligo del datore di lavoro di continuare a pagare lo stipendio sarebbe stato limitato al minimo previsto dal CO, a prescindere da altre regolamentazioni previste dai contratti o dai contratti collettivi di lavoro. La soluzione ha riscosso solo pochi consensi dai partecipanti alla procedura di consultazione. Le critiche sollevate – con le quali concordano anche gli autori dell'AIR – sono condivisibili, visto che la soluzione non è soddisfacente per nessuna delle parti: con una regolamentazione simile il lavoratore rifiutato o ammesso con riserva rischia la riduzione dello stipendio che il datore di lavoro deve continuare a pagare oppure il licenziamento. D'altra parte, il datore di lavoro sarebbe esposto al rischio di pagamento poiché, in caso di incapacità al lavoro per malattia del suo lavoratore sarebbe tenuto a continuare a pagare lo stipendio, sebbene volesse assicurarsi proprio contro tale rischio. Per questo motivo e in base ai pareri negativi espressi nella

³⁴ RS 961.011

³⁵ RS 235.1

procedura di consultazione e ai risultati dell'analisi dell'AIR rinunciamo a questa disposizione.

Il nuovo articolo 71 attenua almeno in parte il problema illustrato. Esso vieta all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia di comunicare al datore di lavoro dati relativi alla salute o alla sfera privata del lavoratore. Nella sua comunicazione allo stipulante l'impresa di assicurazione dovrà quindi limitarsi a informarlo se vi è stato un rifiuto o un'ammissione con riserva.

Art. 71 Dati personali degni di particolare protezione

Occorre tenere conto del bisogno di protezione dei dati nell'ambito dei contratti collettivi. In particolare bisogna evitare che il datore di lavoro (e lo stipulante) possa (possano) prendere visione dei dati personali degni di particolare protezione del lavoratore (e dell'assicurato). Nel caso delle assicurazioni collettive di persone si tratta soprattutto di dati relativi alla salute che l'impresa di assicurazione richiede al lavoratore.

Art. 72 Medici di fiducia

Su richiesta dell'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT), è stata inoltre esaminata nel quadro dell'elaborazione del messaggio l'introduzione del sistema dei medici di fiducia (cfr. art. 57 della legge federale del 18 marzo 1994³⁶ sull'assicurazione malattie; LAMal) nell'assicurazione malattie complementare e nell'assicurazione d'indennità giornaliera. Nel suo parere la *Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte* (SGV) ha accolto favorevolmente una simile estensione, sottolineando però che, per evitare l'accusa di selezione del rischio, i medici di fiducia non avrebbero dovuto sottoporre i nuovi contratti d'assicurazione conclusi ai sensi della LCA a una valutazione del rischio. L'Associazione Svizzera d'Assicurazioni (ASA) ha respinto tale estensione sostenendo che la responsabilità dei casi spetta esclusivamente all'impresa di assicurazione e che è necessario poter consultare tutti gli atti ai fini della valutazione dell'obbligo di prestazione. Inoltre, la legge federale del 19 giugno 1992³⁷ sulla protezione dei dati (LPD) offrirebbe sufficiente protezione contro gli abusi. Il presente disegno di legge non riprende l'intero sistema dei medici di fiducia nei citati settori assicurativi della LCA in considerazione delle differenze estremamente importanti esistenti tra i due sistemi assicurativi. Tuttavia, la funzione del medico di fiducia è ripresa, se ciò è necessario per la protezione dei dati della persona assicurata; il sistema del medico di fiducia della LAMal non deve poter essere eluso attraverso un più basso livello di protezione dei dati nell'assicurazione malattie complementare.

Cpv. 1

La disciplina proposta risolve un problema di protezione dei dati che sorge quando entrano in gioco insieme LAMal e LCA. L'articolo 57 LAMal è alla base del sistema dei medici di fiducia, le cui funzioni principali consistono nel consigliare l'assicuratore su questioni d'ordine medico e nell'esaminare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. In questo

³⁶ RS 832.10

³⁷ RS 235.1

contesto, il medico di fiducia funge da filtro tra i fornitori di prestazioni e l'assicuratore. Nell'ambito della protezione dei dati questa funzione è menzionata nell'articolo 42 capoverso 5 LAMal, secondo cui il fornitore di prestazioni è legittimato, se le circostanze lo esigono, oppure obbligato in ogni caso, su richiesta dell'assicurato, a fornire le indicazioni di natura medica soltanto al medico di fiducia secondo l'articolo 57 LAMal. L'articolo 57 capoverso 7 LAMal statuisce infine che i medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l'assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione o motivare una decisione. In tal modo essi salvaguardano i diritti della personalità degli assicurati.

Le casse malati e le imprese di assicurazione private che dispongono di un'autorizzazione corrispondente possono offrire, oltre all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, assicurazioni complementari ai sensi della LCA (art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal). Nelle casse malati e nelle imprese di assicurazione che offrono assicurazioni sia secondo la LAMal sia secondo la LCA un caso è trattato di regola dal medesimo collaboratore. Nella prassi questo significa che nei casi misti di assicurazione alcuni documenti nell'ambito della LAMal rimangono giustamente presso il medico di fiducia, visto che funge da filtro come illustrato più sopra, mentre nell'ambito della LCA il collaboratore ha accesso a tutti i documenti. È evidente che in questi casi non è possibile fare una netta separazione tra l'assicurazione complementare e l'assicurazione di base nel trattamento dei dossier degli assicurati e in sostanza si scardina il principio della protezione dei dati sancito nella LAMal.

La regolamentazione prevista permette di porre rimedio a questa situazione insoddisfacente senza riprendere integralmente nella LCA il sistema e la funzione dei medici di fiducia della LAMal; le due forme di assicurazione sono strutturate in maniera troppo diversa. Nell'ambito della LCA, i medici di fiducia non avranno pertanto la competenza né di consigliare gli assicuratori né di esaminare le condizioni per l'assunzione della prestazione ma fungeranno unicamente da filtro ai fini della protezione dei dati del paziente. Naturalmente potranno continuare ad assumersi facoltativamente ulteriori attività, come fanno in parte già oggi. La funzione che essi hanno nell'ambito della protezione dei dati riguarda solo i casi nei quali lo stipulante è assicurato contro la malattia presso il medesimo assicuratore secondo la LAMal e secondo la LCA.

Il capoverso 1 riprende quindi in un quadro circoscritto e chiaramente definito la disposizione dell'articolo 42 capoverso 5 LAMal. Se, in un caso concreto lo stipulante può esigere che il fornitore di prestazioni fornisca le indicazioni soltanto al medico di fiducia conformemente a quanto stabilito nella LAMal, bisogna concedergli questo diritto nei confronti del medesimo assicuratore anche nel caso di un'assicurazione secondo la LCA.

Cpv. 2

Secondo l'articolo 42 capoverso 5 LAMal, che viene ripreso per analogia nel capoverso 1, non è soltanto lo stipulante a essere legittimato a fornire indicazioni al medico di fiducia, bensì anche – se le circostanze lo esigono – il fornitore di prestazioni. La disposizione è ripresa in questo capoverso, che tuttavia precisa che (diversamente da quanto previsto dalla LAMal) non si tratta di un diritto assoluto del fornitore di prestazioni. Questi potrà decidere se fornire indicazioni al medico di fiducia soltanto se lo stipulante o la persona assicurata non sono in grado di prendere

una decisione in merito a un particolare questione. Si pensi in particolare al caso in cui l'assicurato si trovi in coma o non sia in grado di far valere i propri interessi per altri motivi di natura medica. Il diritto del fornitore di prestazioni previsto in questo capoverso si applicherà quindi soltanto in casi eccezionali.

Cpv. 3

Il capoverso 3 disciplina, come l'articolo 57 capoverso 7 LAMal, la funzione del medico di fiducia ai fini della protezione dei dati degli assicurati. In definitiva si tratta di disciplinare un fatto ovvio: l'impresa di assicurazione dovrà ottenere dati degli assicurati soltanto nella misura di cui ha bisogno per valutare l'assunzione della prestazione, né più né meno. In proposito, o nell'ambito dell'assicurazione malattie privata si può perlomeno far riferimento per analogia, alle regole sulla trasmissione delle indicazioni convenute nell'assicurazione sociale malattie tra gli assicuratori e le associazioni centrali svizzere dei medici in base all'articolo 57 capoverso 8 LAMal.

La trasmissione delle indicazioni deve essere riconoscibile dagli assicurati. Ciò discende dall'articolo 4 capoverso 4 LPD e non richiede pertanto un ulteriore disciplinamento. Bisogna inoltre tenere conto dell'obbligo d'informare in occasione della raccolta di dati personali degni di particolare protezione e di profili della personalità secondo gli articoli 14 e 18a LPD.

Infine, nello spirito di questa applicazione molto mirata, per analogia, di una disposizione della LAMal nella LCA, il disegno di legge rinuncia a riprendere la procedura dinanzi al tribunale arbitrale secondo l'articolo 89 LAMal. Le liti attinenti alla LCA sono rette dal diritto privato e quindi vanno risolte nel foro civile. Ciò si giustifica anche perché già attualmente vi sono due vie giudiziarie diverse, a seconda se la lite riguarda pretese fondate sulla LAMal o sulla LCA.

Art. 73 Rilevamento tempestivo

La disposizione riprende, con adeguamenti redazionali, la vigente regolamentazione, posta in vigore il 1° gennaio 2008 nel quadro della 5ª revisione dell'AI (art. 39a LCA). È nuovo soltanto il capoverso 3, secondo cui la persona interessata deve essere informata in merito alla comunicazione dei dati conformemente all'articolo 3b capoverso 3 della legge del 19 giugno 1959³⁸ sull'assicurazione per l'invalidità.

Art. 74 Collaborazione interistituzionale

Anche la presente disposizione esiste già nel diritto vigente e viene ripresa con adeguamenti redazionali minimi (art. 39b LCA).

2.2 Titolo 2: Disposizioni speciali

Il titolo 2 del disegno di legge contiene disposizioni concepite per le diverse forme di contratto. Nel capitolo 1 si rinuncia alla distinzione molto criticata, fatta nella LCA vigente, tra assicurazione contro i danni e assicurazione delle persone e si opta,

giustamente, per la distinzione tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme. Conformemente alla prassi nei pertinenti rami assicurativi, il capitolo 2 contiene disposizioni speciali concernenti l'assicurazione cose, l'assicurazione della responsabilità civile, l'assicurazione della protezione giuridica, l'assicurazione trasporti, l'assicurazione dei crediti e l'assicurazione cauzionale, l'assicurazione sulla vita nonché l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni.

2.2.1

Capitolo 1: Disposizioni comuni applicabili all'assicurazione contro i danni

Per suddividere i contratti d'assicurazione si adottano generalmente due criteri distinti: in primo luogo, occorre distinguere tra assicurazione cose, assicurazione delle persone e assicurazione del patrimonio in funzione dell'oggetto assicurato e, dall'altro, bisogna definire, nell'ottica delle condizioni per il diritto alle prestazioni, se il sinistro deve corrispondere al verificarsi del danno, in altre parole se si tratta di un'assicurazione contro i danni o di un'assicurazione somme.

Il diritto vigente non tiene sufficientemente conto di questi principi, nel senso che nelle disposizioni speciali opera una distinzione tra assicurazione contro i danni e assicurazione delle persone anziché tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme. Questa suddivisione inadeguata ha tra l'altro fatto sì che per diversi decenni la giurisprudenza applicasse le disposizioni sull'esclusione del diritto di regresso a tutte le assicurazioni delle persone (art. 96 LCA) escludendo in tal modo la surrogazione dell'impresa di assicurazione fornitrice di prestazioni nei diritti della persona assicurata. Dalla DTF 104 II 44 segg. il Tribunale federale riconosce che le assicurazioni delle persone possono essere concluse anche come assicurazioni contro i danni; non si applica quindi il principio del cumulo, ma le prestazioni sono computate nelle eventuali pretese di risarcimento dei danni e all'impresa di assicurazione è riconosciuto il diritto di regresso secondo l'articolo 72 LCA. Il disegno di revisione, tuttavia, tiene conto del fatto che nella prassi attuale le assicurazioni delle persone, le assicurazioni cose e le assicurazioni del patrimonio possono essere concluse come assicurazioni contro i danni o assicurazioni somme. Pertanto, la distinzione generale tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme precede le disposizioni speciali.

È data assicurazione contro i danni quando il sinistro è provocato da un danno in senso giuridico, come nell'ambito delle assicurazioni per le spese di cura e le spese ospedaliere. La perdita patrimoniale involontaria non costituisce soltanto un presupposto per l'obbligo dell'impresa di assicurazione di fornire la prestazione, ma può anche essere un criterio per il calcolo dell'entità della prestazione. L'assicurazione contro i danni poggia sul principio secondo cui la perdita subita è risarcita una sola volta. Il danneggiato deve pertanto farsi computare nella prestazione assicurativa tutte le prestazioni ricevute a titolo di indennizzo del danno. Il cumulo delle pretese è quindi escluso (cfr. al riguardo art. 75 segg.). Per contro, il criterio del verificarsi del danno non è rilevante nel quadro dell'assicurazione somme e l'impresa di assicurazione può cumulare la propria prestazione con altre eventuali pretese (art. 84). L'assicurazione somme è diffusa soprattutto nelle assicurazioni sulla vita (assicurazioni rischio).

L'attribuzione univoca all'assicurazione contro i danni o all'assicurazione somme è spesso difficile, come nel caso dell'assicurazione d'indennità giornaliera e dell'assicurazione di rendita, che pur essendo legate al verificarsi del danno, vanno considerate assicurazioni somme, se le prestazioni assicurative sono calcolate in funzione di una tabella delle percentuali di invalidità. Inoltre, il contratto d'assicurazione può contenere elementi concernenti sia l'assicurazione somme sia l'assicurazione contro i danni. Combinazioni di questo tipo sono frequenti nell'assicurazione complementare alla LAINF, in cui si stabilisce un nesso con l'incapacità di guadagno e il calcolo è in funzione di importi fissi. La mancanza di delimitazione tra assicurazione contro i danni e assicurazione somme crea incertezza giuridica, non solo per la difficoltà di calcolare la copertura assicurativa, ma anche per la necessità di tenere conto del cumulo o del computo già al momento della determinazione del premio, cosa che non viene quasi mai fatta nella pratica. Finora non si è riusciti a definire criteri efficaci per la delimitazione tra assicurazione somme e assicurazione contro i danni. Neppure una definizione legale potrebbe quindi procurare la necessaria certezza giuridica. Per questo motivo, la questione del computo delle prestazioni deve essere regolamentata contrattualmente dalle parti. L'informazione sul genere di prestazione (assicurazione contro i danni o assicurazione somme) rientra nell'obbligo precontrattuale di informare dell'impresa di assicurazione secondo l'articolo 12.

2.2.1.1 Sezione 1: Computo, surrogazione e diritto di regresso

Art. 75 Computo e surrogazione

Cpv. 1

Conformemente al principio secondo cui l'assicurazione contro i danni deve servire a compensare la perdita patrimoniale subita dall'assicurato, le prestazioni provenienti da un'assicurazione contro i danni non devono essere cumulabili con altre prestazioni di indennizzo dei danni. In altre parole, il danno è risarcito all'assicurato danneggiato soltanto una volta: egli non può ad esempio esigere l'intero indennizzo sia dall'impresa di assicurazione sia dal responsabile del danno.

Cpv. 2

Se può far valere la sua pretesa anche nei confronti dell'impresa di assicurazione, il danneggiato rinuncia di regola a esercitare un'azione contro il responsabile del danno. La norma riprende pertanto il principio dell'articolo 72 capoverso 1 LCA, lo estende adeguandolo alle esigenze pratiche e stabilisce che l'impresa di assicurazione subentra nei diritti dell'assicurato (surrogazione) per le rubriche similari di danno da essa coperte. Diversamente dal diritto vigente (art. 72 cpv. 1 LCA), l'impresa di assicurazione può procedere contro tutte le persone soggette all'obbligo di risarcimento – senza riguardo al fondamento del loro obbligo di risarcimento (atto illecito, violazione del contratto o responsabilità causale). L'impresa privata di assicurazione contro i danni è trattata al pari dell'assicuratore sociale (cfr. art. 72 cpv. 1 legge federale del 6 ottobre 2000³⁹ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni

³⁹ RS 830.1

sociali; LPGA). Non vi sono motivi per escludere dal regresso determinate categorie di responsabilità, poiché il computo a carico della comunione di rischi del responsabile del danno comporta anche una ripartizione ragionevole dei costi. Inoltre, con l'estensione del diritto di regresso si semplifica notevolmente anche il disbrigo dei casi di regresso. La disposizione proposta prevale sulle disposizioni generali dell'articolo 50 e seguente CO e non lascia spazio, contrariamente al diritto dispositivo dell'articolo 72 capoverso 1 LCA, a convenzioni che potrebbero andare a scapito dello stipulante. Ad esempio, la cessione all'impresa di assicurazione di future pretese di responsabilità civile non sarà più ammessa.

Il capoverso 2 è applicabile in particolare anche all'assicurazione della responsabilità civile, per la quale il regresso di cui all'articolo 72 LCA trova applicazione soltanto per analogia, poiché in questo caso l'assicurato è il responsabile del danno e il terzo è il danneggiato. Al posto di questo artificio, l'articolo 75 capoverso 2 del disegno di legge si applica anche alla surrogazione dell'impresa di assicurazione che esercita la responsabilità civile nei diritti di regresso dell'assicurato contro terzi responsabili. Tuttavia, l'impresa di assicurazione non è surrogata nei casi in cui la prestazione di terzi a favore del danneggiato costituisce l'adempimento di un obbligo contrattuale. In particolare l'impresa di assicurazione non è surrogata nei diritti alla continuazione del pagamento dello stipendio che l'assicurato vanta nei confronti del datore di lavoro.

Art. 76 Privilegio di quota e ripartizione in quote

Cpv. 1

Finora il privilegio di quota del danneggiato non era sancito nella legge, ma riconosciuto nella dottrina e nella prassi. In altre parole l'impresa di assicurazione subentra nei diritti dell'assicurato soltanto se le prestazioni cumulate dell'impresa di assicurazione e del responsabile del danno superano la pretesa di risarcimento dell'assicurato. Il privilegio di quota assume un significato pratico soprattutto nei casi in cui la pretesa di risarcimento del danneggiato nei confronti del responsabile del danno è inferiore al danno effettivo a causa di un motivo di riduzione (ad es. per colpa propria) e inoltre la prestazione assicurativa non copre interamente la perdita effettivamente subita. Ecco un esempio: il danno ammonta a 100 000 franchi, la prestazione assicurativa a 80 000 franchi, la pretesa di risarcimento nei confronti di un terzo a 50 000 franchi per un grado di responsabilità del 50 per cento. L'assicurato danneggiato può chiedere 80 000 franchi all'impresa di assicurazione, mentre deve esigere prima 20 000 franchi dal responsabile del danno. Ne consegue che l'impresa di assicurazione può pretendere soltanto 30 000 franchi, benché debba fornire prestazioni per 80 000 franchi. In questi casi l'impresa di assicurazione non deve poter esercitare un'azione di regresso nei confronti del responsabile del danno a sfavore dell'assicurato; tocca all'assicurato danneggiato far valere la sua pretesa di responsabilità civile per coprire per intero, con la prestazione assicurativa, il danno subito. Il privilegio di quota può essere riassunto nella seguente formula: danno meno prestazione assicurativa uguale pretesa diretta del danneggiato.

Cpv. 2

Il privilegio di quota di cui al capoverso 1 è limitato dalla regolamentazione della ripartizione in quote di cui al capoverso 2. Se l'impresa di assicurazione ha ridotto le sue prestazioni perché il sinistro è stato provocato per dolo eventuale o negligenza

grave dello stipulante o dell'avente diritto ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2, il grado di responsabilità della persona che ha cagionato il danno è ripartito tra l'impresa di assicurazione e l'assicurato in modo che sia mantenuta la riduzione. Questo risultato si ottiene perché le pretese dell'assicurato nei confronti del terzo responsabile passano all'impresa di assicurazione nella misura in cui la prestazione non ridotta, sommata al credito nei confronti della persona che ha cagionato il danno, supera il danno corrispondente. Un esempio: il danno ammonta a 100 000 franchi, la prestazione assicurativa non ridotta a 80 000 franchi. Si effettua una riduzione del 25 per cento a 60 000 franchi. La pretesa di risarcimento nei confronti del terzo per un grado di responsabilità del 50 per cento ammonta a 50 000 franchi. Sommando la prestazione non ridotta dell'impresa di assicurazione (80 000 franchi) al credito di 50 000 franchi nei confronti del responsabile del danno si ottiene un importo di 130 000 franchi che supera di 30 000 franchi il danno effettivo. In base alla disciplina proposta dal disegno, l'impresa di assicurazione può esercitare il regresso contro il responsabile del danno per un importo di 30 000 franchi. L'assicurato può pretendere dal responsabile del danno soltanto 20 000 franchi. Unitamente alla prestazione assicurativa ridotta di 60 000 franchi egli riceve quindi 80 000 franchi a titolo di risarcimento del danno effettivo; 20 000 franchi rimangono a suo carico.

Art. 77 Diritto di regresso

Cpv. 1

La disposizione serve all'attuazione economica del privilegio di quota e della ripartizione in quote di cui all'articolo 76. Essa statuisce che il danneggiato è soddisfatto per primo, mentre l'impresa di assicurazione può esercitare i suoi diritti soltanto quando il danneggiato ha ricevuto la sua parte. In tal modo, l'assicuratore casco, ad esempio, può esercitare il regresso contro la persona responsabile soltanto quando quest'ultima ha indennizzato il danneggiato. Lo stesso vale per la ripartizione in quote; il regresso dell'impresa di assicurazione nei confronti del responsabile del danno è ammesso unicamente quando questi ha indennizzato il danneggiato.

Cpv. 2

Al pari del capoverso 1, la disposizione prevede un diritto di regresso. Se sono date particolari circostanze (art. 4 CC), l'esercizio dei diritti di regresso dell'impresa di assicurazione può essere limitata o addirittura esclusa. L'esclusione o la limitazione può essere giustificata dall'esistenza di strette relazioni tra la persona civilmente responsabile e il danneggiato come stabilito dal diritto vigente (art. 72 cpv. 3 LCA). Privilegiando determinate cerchie di persone si perseguono obiettivi diversi: da un lato, avere riguardo per la situazione economica del danneggiato, che potrebbe essere nuovamente toccato dal danno a seguito del regresso esercitato contro una persona a lui vicina e, dall'altro, evitare che la sfera privata del danneggiato sia turbata da controversie giuridiche. Anche il diritto delle assicurazioni sociali prevede siffatte limitazioni del diritto di regresso (art. 75 LPGa). La disposizione proposta permette anche di escludere il diritto di regresso qualora la persona civilmente responsabile incorra in una situazione finanziaria di bisogno in seguito all'esercizio di tale diritto. La lesione dei diritti di regresso da parte dell'avente diritto è disciplinata dal disposto concernente la violazione dell'onere di cui all'articolo 41 capoverso 5.

Art. 78 Obbligo d'informare

Gli articoli 78–83 disciplinano in modo nuovo e attuale, mediante disposizioni imperative, i casi di doppia assicurazione. Essi contemplano soltanto il cumulo di assicurazioni concluse dallo stesso stipulante con più imprese di assicurazione.

L'articolo 78 riprende il principio dell'articolo 53 capoverso 1 LCA e statuisce l'obbligo dello stipulante di informare tutte le imprese di assicurazione interessate, se queste assicurano i medesimi danni (ad es. danni allo stesso edificio, veicolo o patrimonio o alle stesse suppellettili domestiche) contro il medesimo rischio (fuoco, acqua, furto ecc.) e per la medesima durata e se la medesima persona ha diritto alla prestazione assicurativa nel caso in cui subentri il sinistro. L'obbligo d'informare presuppone naturalmente che lo stipulante sia a conoscenza dell'esistenza di un cumulo di assicurazioni.

Art. 79 Diritto di recesso

Il cumulo di assicurazioni ha ripercussioni sul contenuto del contratto indipendenti dalla volontà dell'impresa di assicurazione (cfr. art. 80). Pertanto l'impresa di assicurazione deve avere la possibilità di recedere dal contratto, altrimenti sarebbe legata a un contratto che non avrebbe concluso in tale forma se fosse stata a conoscenza del suo contenuto. Il presente articolo accorda pertanto a ogni impresa di assicurazione interessata un termine di recesso di due settimane dal momento in cui le è pervenuta l'informazione dello stipulante. La disposizione impone inoltre all'impresa di assicurazione che si avvale del diritto di recesso di informare in merito le altre imprese.

Art. 80 Conseguenze in caso di mancato recesso da più contratti

Il diritto vigente non disciplina le conseguenze giuridiche della doppia assicurazione o del cumulo di assicurazioni sulla somma assicurata e sul premio. Questa lacuna è colmata dal presente articolo, che distingue tra assicurazione a valore intero e assicurazione a primo rischio.

Cpv. 1

Nel caso dell'assicurazione a valore intero, alla conclusione del contratto il valore di assicurazione (secondo l'art. 86 presumibilmente il valore venale) corrisponde alla somma assicurata (art. 37). Se, a causa di un cumulo di assicurazioni, sono state convenute diverse somme assicurate il cui totale supera il valore di assicurazione, il suddetto principio è violato. Il capoverso 1 evita questo risultato indesiderato, poiché impone di ridurre il totale delle somme assicurate in maniera che sommate esse corrispondano al valore di assicurazione. I singoli premi sono adeguati in funzione della riduzione delle somme assicurate.

Cpv. 2

L'assicurazione a primo rischio, per contro, non conosce una relazione di questo tipo tra il valore di assicurazione e la somma assicurata. Al contrario, determinando la somma assicurata fino a concorrenza della quale ogni danno è risarcito interamente si limita adeguatamente l'obbligo di prestazione dell'impresa di assicurazione.

Un'assicurazione a primo rischio è conclusa, ad esempio, quando, nell'assicurazione casco, è stabilita una somma assicurata limitata a 2000 franchi per il furto di oggetti trasportati. Pertanto il capoverso 2 statuisce soltanto la riduzione del totale delle somme assicurate alla somma di assicurazione massima stabilita da uno dei contratti. In combinato disposto con l'articolo 81, ne deriva che la somma assicurata ridotta è ripartita in parti uguali tra i contratti esistenti. La riduzione deve avvenire soltanto su richiesta dello stipulante, che può voler continuare a disporre del totale delle somme assicurate pattuite (ad es. nel caso delle assicurazioni della responsabilità civile).

Cpv. 3

Poiché, contrariamente all'assicurazione a valore intero, nell'assicurazione a primo rischio non vi è proporzionalità tra la somma assicurata e il premio, non è possibile ridurre proporzionalmente il premio in caso di riduzione della somma assicurata. Lo stipulante deve pagare il premio dovuto per la somma assicurata ridotta in base alla relativa tariffa.

Art. 81 Ripartizione del danno

L'articolo disciplina le conseguenze giuridiche del cumulo di assicurazioni in caso di verificarsi del sinistro. Anche in caso di cumulo di assicurazioni, il danno subito è risarcito fino a concorrenza del limite massimo; è escluso il sovraindennizzo. Il diritto vigente si basa al riguardo su un obbligo di risarcimento proporzionale delle imprese di assicurazione interessate (art. 72 cpv. 1 LCA). Incombe dunque all'assicurato chiarire i diversi importi che può chiedere alle diverse imprese di assicurazione affinché il suo danno sia interamente risarcito. La soluzione scelta allora dal legislatore risulta essere poco favorevole al consumatore. Pertanto si propone ora una responsabilità solidale delle imprese di assicurazione interessate, accompagnata da un diritto di regresso. Per quel che concerne l'onere del danno delle imprese di assicurazione, occorre nuovamente distinguere tra assicurazione a valore intero e assicurazione a primo rischio. Nell'assicurazione a valore intero, l'indennizzo deve essere assunto in proporzione alle somme assicurate, mentre nell'assicurazione a primo rischio – fino a concorrenza della somma assicurata più bassa – si deve effettuare una ripartizione in parti uguali della prestazione assicurativa tra le imprese di assicurazione interessate.

Art. 82 Violazione dell'obbligo d'informare

Questa disposizione disciplina le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo d'informare statuito nell'articolo 78. Se l'impresa di assicurazione non si avvale del diritto di regresso, si applicano per analogia le conseguenze giuridiche previste dall'articolo 80.

Cpv. 1

In assenza di intento di arricchimento, le imprese di assicurazione possono applicare per analogia il diritto di recesso secondo l'articolo 79.

Cpv. 2 e 3

Se invece lo stipulante omette di dare l'informazione nell'intento di procurare a sé o ad altri un indebito profitto, tutte le imprese di assicurazione sono liberate dall'obbligo di fornire prestazioni. Inoltre, le imprese di assicurazione possono recedere dai contratti d'assicurazione senza preavviso entro due settimane a decorre-

re dal momento in cui hanno preso atto della violazione dell'obbligo d'informare e dell'intento illecito.

Art. 83 Eccezioni

La disposizione eccettua dal campo di applicazione degli articoli 78-81 e dell'articolo 82 capoverso 1 i casi d'importanza esigua.

2.2.2 Capitolo 2: Disposizioni comuni applicabili all'assicurazione somme

Art. 84 Cumulo

Il diritto vigente (art. 96 LCA) disciplina il principio del cumulo prevedendo l'esclusione del regresso per l'impresa di assicurazione nell'ambito dell'assicurazione di persone, in cui l'assicurazione somme è molto diffusa.

Il presente disegno di legge per contro tiene conto del fatto che nella prassi non solo le assicurazioni di persone, ma anche le assicurazioni cose e del patrimonio possono essere stipulate sotto forma di assicurazione contro i danni o assicurazione somme. Si citano a titolo di esempio l'assicurazione del valore attuale maggiorato e del valore a nuovo, che garantiscono prestazioni che superano il valore attuale. Di conseguenza, il principio del cumulo vale ora espressamente per tutte le assicurazioni somme, ragione per cui nell'assicurazione somme la prestazione assicurativa è dovuta in aggiunta ad altre pretese nei confronti di terzi. Diversamente da quanto avviene nell'assicurazione contro i danni (art. 75), nell'assicurazione somme non si ha quindi né computo dei vantaggi né surrogazione dell'impresa di assicurazione nei diritti dell'assicurato.

Art. 85 Assicurazione di bambini

La disposizione riprende la regolamentazione dell'articolo 131 (e 159) OS e la trasferisce nel disegno di legge. Essa è finalizzata a tutelare i bambini assicurati in caso di decesso o di decesso per infortunio, per i quali prevede il versamento di una prestazione assicurativa limitata in caso di decesso.

2.2.3 Capitolo 3: Singoli rami assicurativi

2.2.3.1 Sezione 1: Assicurazione cose

Art. 86 Valore di assicurazione

Il valore di assicurazione indica il valore della cosa assicurata *al momento della conclusione del contratto*. Il valore di assicurazione è una caratteristica dell'assicurazione cose. A differenza della cosa, la cui distruzione, danneggiamento o estinzione comportano una perdita limitata e prevedibile in anticipo, il patrimonio è un valore astratto che può subire perdite e aggravii illimitati. La nozione di valore di assicurazione è dunque estranea all'assicurazione del patrimonio. Questa nozione

non si applica neanche all'assicurazione di persone, poiché il valore della vita e dell'integrità fisica di un essere umano non è per sua natura quantificabile.

La nuova disciplina stabilisce che il valore di assicurazione corrisponde presumibilmente al valore venale della cosa, a differenza del diritto in vigore, che non si basa su una presunzione (art. 49 LCA). Tuttavia, la nuova normativa ha carattere dispositivo e ciò consente alle parti di dichiarare determinante, tramite accordo, un altro criterio, ad esempio il valore di continuità. In tal modo si dovrà tenere conto degli sviluppi futuri e del fatto che non si possono escludere a priori valori di assicurazione che si scostano dal valore venale.

Diversamente dal diritto vigente (art. 65 LCA), il valore di assicurazione convenuto non può più essere semplicemente considerato valore di risarcimento. Quest'ultimo è definito all'articolo 87 capoverso 1.

Il valore di assicurazione corrisponde di norma alla somma assicurata (art. 37), che determina il limite massimo dell'obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazione. Nell'assicurazione a valore intero il valore di assicurazione è determinante per stabilire un'eventuale sovrassicurazione (art. 88 cpv. 1).

Art. 87 Valore di risarcimento

Cpv. 1

Il valore di risarcimento corrisponde al valore della cosa assicurata *al verificarsi del sinistro*; determinante è il valore venale a quella data (cfr. art. 62 LCA). In tal modo si tiene adeguatamente conto dei cambiamenti di valore che si possono verificare tra il momento della conclusione del contratto e il verificarsi del sinistro.

La norma è dispositiva e consente alle parti di stabilire per il valore di risarcimento un importo fisso che non subisce i cambiamenti di valore della cosa. Il valore di risarcimento determina (insieme ad altri fattori) l'entità della protezione assicurativa di cui l'impresa di assicurazione deve informare lo stipulante ai sensi dell'articolo 12.

Cpv. 2

Il valore di risarcimento serve a determinare la prestazione assicurativa. In questo caso occorre distinguere tra assicurazione a valore intero e assicurazione a primo rischio.

Nell'assicurazione a valore intero bisogna fare un'ulteriore differenziazione: se il valore di risarcimento è inferiore alla somma assicurata, non ci sono conseguenze al momento del verificarsi del sinistro, poiché la prestazione assicurativa è limitata al valore di risarcimento o a una sua parte. Se invece il valore di risarcimento supera la somma assicurata, si configura la fattispecie della sottoassicurazione e, conformemente all'articolo 89, ha luogo una riduzione proporzionale della prestazione assicurativa. Nell'assicurazione a primo rischio non vi è sottoassicurazione e l'entità della prestazione assicurativa è sempre determinata in base al capoverso 2.

La prestazione dell'impresa di assicurazione è limitata in ogni caso alla somma assicurata.

Il capoverso 2 è di carattere dispositivo; sono possibili convenzioni derogative.

Art. 88 Sovrassicurazione

Cpv. 1 e 2

Vi è sovrassicurazione quando la somma assicurata supera notevolmente il valore di assicurazione. Questo squilibrio fa sì che l'assicurato, che in caso di danno riceve soltanto il valore di risarcimento, paghi un premio troppo alto. Occorre rimediare a questa situazione adeguando la somma assicurata e il premio. La legge prevede che entrambe le parti possono esigere tale adeguamento.

Il capoverso 1 disciplina le conseguenze giuridiche della sovrassicurazione. Contrariamente al diritto vigente (art. 50 LCA), le parti hanno ora il diritto imperativo di pretendere la riduzione della somma assicurata e contemporaneamente l'adeguamento del premio.

Il capoverso 2 specifica che il capoverso 1 non si applica unicamente in caso di sovrassicurazione iniziale, ma anche se il valore di assicurazione si riduce solo in un secondo tempo.

Cpv. 3

La disposizione disciplina le conseguenze giuridiche di una sovrassicurazione fraudolenta. Data la comparabilità della situazione giuridica e degli interessi con quelli del cumulo fraudolento di assicurazioni, si applicano per analogia le conseguenze giuridiche dell'articolo 82 capoversi 2 e 3.

Art. 89 Sottoassicurazione

Vi è sottoassicurazione se il valore di risarcimento della cosa assicurata supera la somma assicurata. Si tiene conto di un'eventuale sproporzione tra il valore di risarcimento e la somma assicurata unicamente se le parti hanno convenuto un'assicurazione a valore intero.

Le conseguenze giuridiche in *caso di danno parziale* disciplinate in questo articolo sono giustificate dal fatto che lo stipulante ha pagato un premio troppo basso rispetto al valore della cosa assicurata. In caso di *danno totale* l'obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazione è di per sé limitato per il fatto che la somma assicurata è inferiore al valore di risarcimento, (art. 87 cpv. 2); non vi è dunque necessità di una regolamentazione speciale.

In caso di danno parziale l'impresa di assicurazione può ridurre la propria prestazione in funzione del rapporto tra la somma assicurata e il valore di risarcimento. Se il valore di risarcimento di una cosa ammonta a 100 000 franchi e la somma assicurata concordata soltanto a 80 000 franchi, tra il valore di risarcimento e la somma assicurata vi è un rapporto di 100 a 80 per cento, ovvero una differenza del 20 per cento. Di conseguenza sarà pagato soltanto l'80 per cento del danno parziale e la prestazione d'assicurazione sarà ridotta del 20 per cento. Se il danno parziale ammonta a 40 000 franchi, saranno risarciti di conseguenza 32 000 franchi.

Diversamente dal diritto vigente (art. 69 cpv. 2 LCA), la disposizione qui proposta è semimperativa, per cui sono esclusi accordi a sfavore dello stipulante (ad es. una riduzione sproporzionata).

Nell'assicurazione della responsabilità civile la questione del campo d'applicazione temporale della copertura assicurativa dà talora adito a discussioni. Nella pratica si presentano tre varianti: il principio di causalità, il principio del verificarsi del sinistro e il principio della rivendicazione del diritto (principio «claims made»), anche se l'ammissibilità di quest'ultimo è contestata. Il dibattito tuttavia non è mai stato molto intenso in Svizzera. Inoltre, nel definire il campo d'applicazione temporale il Tribunale federale tutela la libertà contrattuale e in assenza di un accordo in merito si basa sul principio di causalità. Non sembra pertanto necessario disciplinare a livello legislativo il campo d'applicazione temporale (vedi anche il commento all'art. 55).

Al fine di accelerare la liquidazione dei sinistri, l'avamprogetto presumeva un obbligo di fornire prestazioni dell'impresa di assicurazioni, se quest'ultima non avesse fornito entro tre mesi una risposta motivata alle richieste di risarcimento (cfr. la regolamentazione analoga nell'art. 79c LCStr). Diversi partecipanti alla consultazione hanno giustamente criticato questa presunzione poiché interverrebbe nel diritto materiale della responsabilità civile. Soprattutto – opinione condivisa anche dall'AIR – vi è da supporre che in caso di dubbio le imprese di assicurazione si limiterebbero a esprimere, entro il termine loro impartito, un parere negativo; lo stipulante non ne trarrebbe dunque alcun vantaggio. Ciò succede in particolare nei casi che richiedono, per la valutazione dell'obbligo di fornire prestazioni, accertamenti più approfonditi di quelli che sono necessari nell'ambito dell'attività di massa in materia di LCStr. L'AIR non ha ravvisato elementi empirici che facciano pensare che gli assicuratori di responsabilità civile svizzeri ritardino intenzionalmente e sistematicamente la liquidazione dei sinistri. Per questo motivo si rinuncia a regolamentare la questione.

Si può rinunciare alle prescrizioni procedurali dell'avamprogetto. Il Codice di diritto processuale civile svizzero (CPC)⁴⁰ prevede tutti gli strumenti necessari; questo stralcio non comporterà svantaggi per le parti.

Art. 90 Pretese coperte

Cpv. 1

Il diritto vigente non prevede disposizioni che vietano all'impresa di assicurazione della responsabilità civile di escludere il regresso dalla copertura assicurativa. In tal modo è possibile che un contratto di assicurazione della responsabilità civile copra unicamente i diritti del danneggiato contro l'assicurato, ma non il regresso di terzi obbligati a fornire le prestazioni derivanti dal sinistro e legittimati al regresso nei confronti dell'assicurato. Ad esempio nell'ambito dell'assicurazione della responsabilità civile aziendale, di regola tutti i collaboratori e gli ausiliari godono della copertura assicurativa. È tuttavia possibile escludere il regresso nei confronti dei collaboratori che non fanno parte dei quadri superiori (art. 59 LCA a contrario). Poiché si fa uso frequentemente di questa possibilità, i collaboratori sono esposti al regresso di un terzo che fornisce la prestazione. Vi sono altre situazioni comparabili. Se ad esempio un cane morde un postino assicurato presso la Suva e questa intende esercitare il regresso nei confronti del proprietario del cane, il danno rimane a carico

⁴⁰ RS 272

del proprietario del cane se la sua assicurazione di responsabilità civile ha escluso la copertura del regresso. Detta esclusione, di cui l'assicurato non è sempre consapevole, priva l'assicurazione della responsabilità civile della sua sostanza. Il presente disegno pertanto contiene una disposizione secondo cui l'assicurazione della responsabilità civile deve imperativamente coprire, oltre alle pretese di risarcimento del danneggiato, i diritti di regresso dei terzi.

Si rinuncia invece a limitare il diritto dell'impresa di assicurazione di ridurre la prestazione (art. 41 cpv. 2) in caso di regresso se il sinistro è stato provocato intenzionalmente o per negligenza grave. Ciò è importante soprattutto nel quadro del regresso dell'assicurazione sociale, in cui la persona che ha diritto di regresso ai sensi dell'articolo 75 LPGa (ad es. il datore di lavoro che arreca pregiudizio ai dipendenti – coperti dall'assicurazione sociale) può essere chiamata a rispondere dall'assicuratore sociale unicamente se ha provocato il sinistro assicurato almeno per negligenza grave. In caso di negligenza grave, l'impresa d'assicurazione privata gode tuttavia del diritto di riduzione secondo l'articolo 41 capoverso 2 nei confronti dello stipulante; in virtù di tale principio una parte del danno è a carico di quest'ultimo. Non ci sono dunque motivi per applicare il diritto di riduzione della prestazione soltanto quando lo stipulante è chiamato a rispondere direttamente dal danneggiato, ma non quando è chiamato in causa dall'esercizio di un diritto di regresso dell'assicuratore sociale. La riduzione ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2 deve quindi applicarsi anche in caso di regresso. Questa disposizione ammette l'assicurazione totale del dolo eventuale o della negligenza grave, purché ciò non sia contrario alla morale.

Cpv. 2

La disposizione disciplina i costi della protezione giuridica nell'assicurazione di responsabilità civile. Il presente disegno mette a carico dell'impresa di assicurazione i costi giudiziari ed extragiudiziari per la difesa dell'assicurato contro le pretese di responsabilità civile se le spese sostenute sono dettate dalle circostanze del singolo caso o provocate dall'impresa di assicurazione. L'obbligo di assunzione dei costi è limitato alla somma assicurata; tuttavia la conduzione del processo o l'adozione di altri provvedimenti simili non incombono più allo stipulante se l'impresa di assicurazione non assume i costi che superano la somma assicurata.

Il capoverso 2 ha carattere dispositivo e si applica pertanto unicamente se le parti non hanno disposto diversamente.

Art. 91 Diritto di credito diretto e diritto d'informazione

Cpv. 1

Secondo il diritto vigente (art. 60 cpv. 1 LCA), nell'assicurazione della responsabilità civile il terzo danneggiato ha un diritto di pegno legale sulla prestazione assicurativa. Detta disposizione mira a tutelare il diritto al risarcimento del danno della persona danneggiata. Tuttavia attualmente il ricorso all'esecuzione in via di realizzazione del pegno risulta poco pragmatica, ragion per cui ispirandosi ad altre regolamentazioni simili (ad es. art. 65 cpv. 1 LCStr) il disegno di legge riprende la proposta della commissione di esperti di introdurre il diritto di credito diretto del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione della responsabilità civile.

Tuttavia bisogna rinunciare a dichiarare inopponibili le eccezioni derivanti dalla LCA o dal contratto d'assicurazione (art. 65 cpv. 2 LCStr) nell'ambito dell'assicu-

razione della responsabilità civile facoltativa. È opportuno applicare il principio dell'inopponibilità unicamente se – come avviene regolarmente nell'assicurazione della responsabilità civile obbligatoria – l'estensione della copertura assicurativa è stabilita dalla legge. Nell'assicurazione della responsabilità civile facoltativa, l'inopponibilità dell'eccezione renderebbe praticamente inefficaci le clausole contrattuali di eccezione.

L'AIR accoglie favorevolmente l'introduzione del diritto di credito diretto, ma ritiene che debba essere prevista un'eccezione per le grandi imprese esposte a rischi particolari, poiché, a seconda dei casi, queste ultime potrebbero voler prendere parte già al primo processo. Il diritto d'informazione del danneggiato deve pertanto essere incluso nell'elenco degli obblighi d'informare precontrattuali dell'impresa di assicurazione. Una disciplina speciale per le suddette imprese non è necessaria, poiché l'impresa di assicurazione può concludere con lo stipulante un accordo che le consenta di intervenire nel procedimento. Un'estensione dell'obbligo d'informare non è pertanto opportuna, visto che il danneggiato – a cui dovrebbe essere destinata l'informazione – solitamente non è presente alla conclusione del contratto.

A tutela dei diritti dell'assicurato è stata anche esaminata la possibilità, da un lato, di obbligare l'impresa di assicurazione a informare l'assicurato in merito alla notifica diretta di un sinistro da parte del danneggiato e, dall'altro, di riconoscere in tal caso all'assicurato il diritto di regolare personalmente il caso, vale a dire senza l'aiuto dell'impresa di assicurazione. Se l'assicurato e il danneggiato non riescono a giungere ad un accordo, o l'assicurato non dispone di mezzi finanziari sufficienti, è possibile ricorrere nuovamente all'assicurazione della responsabilità civile. Si rinuncia a una simile regolamentazione per i motivi enunciati qui di seguito.

La maggior parte degli assicuratori della responsabilità civile prevedono nelle condizioni generali di assicurazione l'onere per l'assicurato di notificare senza indugio il danno, altrimenti egli rischia di sopportare le relative conseguenze giuridiche. Inoltre, con la notifica del danno la sovranità in ambito di conduzione del processo passa solitamente all'impresa di assicurazione. Queste regole sono finalizzate a impedire che l'assicurato peggiori la sua posizione e quindi, indirettamente, anche quella dell'impresa di assicurazione con le sue azioni o affermazioni. D'altro canto è più facile raccogliere eventuali prove subito dopo un caso di responsabilità civile che in un secondo momento. L'assicurato deve quindi già oggi notificare senza indugio un caso alla sua assicurazione della responsabilità civile, se vuole che il sinistro sia liquidato dall'assicurazione.

Se le trattative tra l'assicurato e il danneggiato dovessero fallire dopo che questi ha esercitato il suo diritto di credito diretto, il caso potrebbe – secondo la proposta fatta più sopra – essere nuovamente notificato all'assicuratore della responsabilità civile. Quest'ultimo sarebbe costretto a riprendere la liquidazione del sinistro in un procedimento in corso, con tutte le incognite del caso. Questa situazione presenta un potenziale di conflitto. Inoltre, il fattore tempo riveste un ruolo importante nella liquidazione del sinistro. Come esposto più sopra, la raccolta delle prove è tanto più difficile quanto più tempo è trascorso dal caso di responsabilità civile. Ci si chiede quindi entro quale termine l'assicurato debba aver regolato il sinistro, affinché possa sottoporre il caso di nuovo all'impresa di assicurazione. Non è possibile dare una risposta generale a questa domanda, ragion per cui si è anche rinunciato a prevedere una disposizione in merito.

Cpv. 2

Affinché anche il danneggiato possa esercitare il diritto di credito diretto previsto dal capoverso 1, gli è garantito il diritto di ottenere informazioni sulla sua protezione in ambito di assicurazione della responsabilità civile nei confronti della persona civilmente responsabile.

Cpv. 3

Una protezione particolare del danneggiato è prevista soprattutto per i danni alle persone e i danni materiali. Per questa ragione la proposta limita il diritto di credito diretto e il diritto d'informazione a queste tipologie di danno mentre l'assicurazione della responsabilità civile per i meri danni patrimoniali non rientra generalmente nell'ambito d'applicazione di questa disposizione. Niente si oppone tuttavia a un accordo delle parti volto a garantire il diritto di credito diretto nelle assicurazioni non obbligatorie della responsabilità civile per i meri danni patrimoniali, dato il carattere dispositivo del capoverso 3.

Art. 92 Copertura assicurativa insufficiente

Cpv. 1

Questa disposizione disciplina il caso in cui i mezzi per soddisfare completamente tutte le pretese sorte dalla responsabilità civile manchino perché i numerosi crediti dei diversi danneggiati superano nella loro totalità la somma assicurata. In questo caso si procede a una riduzione proporzionale (cfr. anche art. 66 LCStr).

Cpv. 2

Il capoverso 2 serve a tutelare l'impresa di assicurazione da doppi pagamenti. Se l'impresa ha fornito involontariamente (ad es. a causa di una sentenza) o in buona fede una prestazione che supera la pretesa del danneggiato secondo il capoverso 1, è liberata nei confronti delle altre persone danneggiate fino a concorrenza di tale eccedenza.

Art. 93 Prestazioni pensionistiche

Cpv. 1

Analogamente all'articolo 92 questa disposizione semimperativa tutela l'impresa di assicurazione da prestazioni eccessive o da altri obblighi. Essa stabilisce che l'impresa di assicurazione non deve effettuare pagamenti che superano la somma assicurata. Pertanto in caso di prestazioni pensionistiche occorre stabilire tramite la capitalizzazione se il valore in capitale di una rendita supera la somma assicurata. Se è il caso, la rendita va ridotta nella misura in cui supera il valore in capitale della somma assicurata.

Cpv. 2

Le disposizioni del diritto di sorveglianza relative alla solvibilità offrono una sufficiente sicurezza alle pretese pensionistiche del danneggiato. Pertanto in deroga all'articolo 43 capoverso 2 CO sia l'assicurato sia l'impresa di assicurazione possono essere esentati dall'obbligo di fornire garanzie.

L'assicurazione della protezione giuridica è disciplinata negli articoli 161 e seguenti OS, fatta eccezione per l'articolo 32 LSA che stabilisce i principi fondamentali della sua organizzazione. Le disposizioni dell'ordinanza danno sostanzialmente attuazione autonoma alla direttiva 87/344/CEE del 22 giugno 1987 recante coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative alla tutela giudiziaria (GU L 185 del 4 luglio 1987, pag. 77). L'obiettivo della direttiva e quindi dell'ordinanza sulla sorveglianza è in primo luogo evitare o eliminare conflitti di interessi che potrebbero risultare da diverse posizioni dell'assicurato della protezione giuridica da una parte e da quelle dell'impresa d'assicurazione dall'altra. Mentre per l'assicurato è decisivo soprattutto l'esito di un processo, l'impresa di assicurazione è in primo luogo interessata a uno svolgimento economico dello stesso dato che ne sopporta le conseguenze. La maggior parte delle disposizioni vigenti ha ben funzionato e non deve essere o deve essere solo marginalmente adeguata. L'inserimento di numerose disposizioni concernenti il diritto contrattuale nell'ordinanza sulla sorveglianza non è corretto per ragioni sistematiche, per cui si propone di trasferirle nella LCA: si tratta degli articoli 162, 163, 166, 167, 168, 169 e 170 OS. Le disposizioni sull'organizzazione (art. 164 e 165 OS) e la definizione dell'assicurazione della protezione giuridica secondo l'articolo 161 OS non vengono inserite nella LCA. La citata definizione viene mantenuta nella OS sia perché nel disegno di legge si evitano per quanto possibile le definizioni sia perché la descrizione dei rami assicurativi è oggetto della domanda di autorizzazione delle imprese di assicurazione (cfr. art. 4 cpv. 2 lett. k LSA⁴¹) e le condizioni per tale autorizzazione devono essere disciplinate nel diritto in materia di sorveglianza.

Art. 94 Campo d'applicazione

La disposizione esclude dal campo d'applicazione l'attività che l'impresa di assicurazione svolge per la difesa o la rappresentanza dei propri assicurati contro le pretese di responsabilità civile. Diversamente da quanto avviene nell'assicurazione della protezione giuridica, nell'assicurazione della responsabilità civile gli interessi dell'assicurato e quelli dell'impresa di assicurazione convergono, dato che entrambi sono interessati a un esito favorevole del processo in materia di responsabilità civile contro l'assicurato. L'intensità di questa convergenza di interessi può però variare poiché, a seconda delle circostanze, per l'assicurato non è così importante vincere il processo in materia di responsabilità civile se l'impresa d'assicurazione della responsabilità civile deve comunque soddisfare le pretese del danneggiato. È addirittura possibile che l'assicurato preferisca perdere il processo perché sarebbe più interessato al risarcimento del danneggiato che a difendersi dalle sue pretese (ad es. se in tal modo può tenersi un buon cliente o mantenere buoni rapporti con un vicino). Anche in quest'ottica sembra giustificato escludere le misure di difesa dell'impresa di assicurazione della responsabilità civile dal campo d'applicazione delle disposizioni qui proposte, dato che altrimenti l'impresa di assicurazione non potrebbe più riservarsi nelle condizioni d'assicurazione la piena sovranità in ambito processuale.

Si è rinunciato a inserire una disposizione corrispondente nell'articolo 162 lettera b OS, che a sua volta si riferisce alla direttiva summenzionata. La regolamentazione non ha importanza pratica per la Svizzera.

⁴¹ RS 961.01

Art. 95 Disposizioni generali

Questo articolo corrisponde materialmente all'articolo 166 OS, che contiene segnatamente disposizioni sulla garanzia della protezione giuridica e sull'obbligo d'informare.

Art. 96 Diritti e obblighi dell'impresa di liquidazione dei sinistri

La disposizione stabilisce che nel rapporto con l'assicurato l'impresa di liquidazione del sinistro ha la stessa posizione giuridica dell'impresa di assicurazione, per cui tutti i diritti derivanti dal contratto d'assicurazione possono essere fatti valere direttamente nei confronti dell'impresa di liquidazione del sinistro e le sue azioni sono vincolanti per l'impresa di assicurazione.

Art. 97 Scelta del rappresentante legale

Cpv. 1 e 4

Le disposizioni corrispondono, con alcuni adeguamenti di natura redazionale e sistematica, all'articolo 167 capoverso 1 OS. Anche con la nuova legge riveduta deve lasciare in linea di massima libera l'impresa di assicurazione di fornire prestazioni giuridiche proprie; nondimeno, come nella legislazione in vigore, la persona assicurata deve avere il diritto di scegliere il proprio avvocato quando ha bisogno di essere rappresentata, come pure in caso di conflitto di interessi. Si presuppone l'esistenza di un conflitto di interessi soprattutto quando l'impresa di assicurazione della protezione giuridica o l'impresa di liquidazione del sinistro appartiene al medesimo gruppo dell'impresa di assicurazione contro la quale viene fatta valere una pretesa o è implicata in altro modo nella controversia.

Il capoverso 4 impone all'impresa di assicurazione l'obbligo di assumere le spese dell'avvocato. Fatte salve le diverse normative sulla remunerazione per la rappresentanza dinanzi al tribunale, l'onorario dell'avvocato può in linea di massima essere convenuto liberamente, fermo restando che si tiene solitamente conto del valore degli interessi o del valore litigioso; le associazioni cantonali degli avvocati emanano spesso raccomandazioni concernenti l'onorario per simili casi. Nella misura in cui la legge o il contratto prevedano l'assunzione delle spese, l'impresa di assicurazione è però tenuta a fornire la garanzia di assunzione delle spese. Essa può convenire gli onorari con l'avvocato, ma non far dipendere la garanzia di assunzione delle spese dall'accordo di quest'ultimo sull'onorario. Nella pratica le imprese di assicurazione forniscono direttamente agli avvocati le loro garanzie di assunzione delle spese. Questo modo di procedere va qualificato come proposta di assunzione privativa di debito ai sensi dell'articolo 176 capoverso 2 CO che, secondo l'articolo 176 capoverso 3 CO, può ad esempio essere accettata come atto concludente quando ad esempio l'avvocato inizia ad agire nell'interesse della persona assicurata. La comunicazione da parte della persona assicurata della garanzia di assunzione delle spese porta al medesimo risultato, a condizione che l'impresa di assicurazione non vi si opponga (art. 176 cpv. 2 CO). Con la garanzia di assunzione delle spese le parti istituiscono un rapporto giuridico autonomo nel cui contesto l'impresa di assicurazione diviene il debitore unico dell'avvocato. Non è possibile opporre all'avvocato le eccezioni risultanti dal contratto d'assicurazione (art. 179 cpv. 3 CO). Se intende riservarsi un'eccezione, l'impresa di assicurazione deve convenirlo esplicitamente nella garanzia di assunzione delle spese con l'avvocato. Dato che la garanzia di

assunzione delle spese costituisce un rapporto giuridico autonomo, il credito dell'avvocato non si prescrive secondo l'articolo 64, bensì secondo le disposizioni del CO.

Il contenuto della garanzia di assunzione delle spese può essere limitato nel contratto di assicurazione. Ne consegue che la persona assicurata rimane debitrice dell'onorario dell'avvocato all'infuori dell'ambito della garanzia di assunzione delle spese.

Cpv. 2

Il presente capoverso corrisponde all'articolo 167 capoverso 3 OS, fermo restando che d'ora in poi l'obbligo d'informare può essere esteso a entrambi i casi in cui si ricorre a un avvocato secondo il capoverso 1.

Cpv. 3

La disposizione riprende l'articolo 167 capoverso 2 OS, introducendovi adeguamenti redazionali e materiali, e contiene un'importante precisazione. Finora le assicurazioni sono partite dal presupposto che la rappresentanza legale può essere conferita sia dall'impresa di assicurazione, sia dalla persona assicurata, fermo restando che nelle condizioni usuali di assicurazione il conferimento del mandato poteva essere riservato all'impresa di assicurazione. Sovente non è però chiaro chi sia il partner contrattuale dell'avvocato. In linea di massima si possono distinguere tre varianti di conferimento del mandato da parte dell'impresa di assicurazione: la rappresentanza diretta, il contratto in senso proprio o improprio a favore dell'assicurato. A seconda della variante scelta, i diritti che risultano dal mandato e in particolare il diritto di impartire istruzioni fondato sul diritto del mandato spettano all'impresa di assicurazione. Inoltre, a dipendenza dello statuto giuridico dell'impresa di assicurazione, la persona assicurata può subire lo scioglimento del contratto senza potersi difendere, il che è particolarmente problematico nel caso dei mandati, che possono essere disdetti in ogni momento conformemente all'articolo 404 capoverso 1 CO. La nuova formulazione del capoverso 3 chiarisce che solo la persona assicurata potrà conferire il mandato di rappresentanza legale. Si elimina in tal modo l'incertezza che regnava da anni su chi fosse il partner contrattuale dell'avvocato, tenendo conto in particolare del fatto che la fiducia tra l'avvocato e il suo cliente è una componente essenziale del rapporto di mandato. Nella sua veste di mandante la persona assicurata può fare valere autonomamente i diritti derivanti dal mandato, come pure quello di impartire istruzioni, fondato sul diritto del mandato. La persona assicurata decide inoltre da sola in merito allo scioglimento del contratto (art. 404 cpv. 1 CO). In questo senso anche la sovranità in ambito di procedura compete sotto il profilo formale alla persona assicurata. Quest'ultima è d'altronde tenuta a ridurre il danno (art. 33 cpv. 1); l'esigenza del consenso a decisioni di principio come l'avvio del processo, i rimedi giuridici o la composizione – esigenza che viene sovente fatta salva nelle condizioni di assicurazione – può essere qualificata come concretizzazione dell'obbligo di ridurre il danno (art. 34 cpv. 2). La mancata richiesta del consenso dell'impresa di assicurazione a determinati passi procedurali o l'esercizio, in violazione di un onere, di altri diritti risultanti dal rapporto di mandato può provocare, alle condizioni stabilite dall'articolo 41 capoverso 5, una riduzione delle prestazioni.

L'impresa di assicurazione ha la possibilità di riservarsi il consenso al conferimento del mandato e quindi di evitare in singoli casi che il mandato sia conferito a rappresentanti legali non graditi. Non possono essere convenute ulteriori limitazioni, come ad esempio la limitazione della scelta dell'avvocato a un determinato distretto giudi-

ziario. Inoltre il diritto di rifiutare non è illimitato. Anzi, qualora abbia già negato una volta il consenso, l'impresa di assicurazione deve accettare uno dei tre rappresentanti proposti, che non devono essere legati tra di loro (si presuppone che vi sia un legame in particolare se le persone proposte appartengono al medesimo studio legale).

Oltre alla rappresentanza necessaria e al conflitto di interessi sono ipotizzabili ulteriori situazioni nelle quali deve essere conferito un mandato a un avvocato e quindi stabilita la competenza in materia di scelta. In questo senso l'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA riconosce alla persona assicurata il diritto di affidare il patrocinio dei propri interessi a un rappresentante legale indipendente se l'impresa di assicurazione che esercita l'assicurazione della protezione giuridica simultaneamente ad altri rami assicurativi non è un'impresa autonoma di gestione dei sinistri. La competenza in materia di scelta spetta in questo caso alla sola persona assicurata: non è ammessa la riserva di un diritto di opposizione. Negli altri casi non contemplati né dall'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA né dall'articolo 97 capoverso 1, la competenza in materia di scelta spetta, in virtù del principio in maiore minus, all'impresa di assicurazione che può già decidere sul ricorso in quanto tale a un rappresentante legale. Questo risulta anche ex contrario dal presente capoverso 3 e dall'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA. Se il contratto d'assicurazione non contiene regolamentazioni particolari relative alla competenza in materia di scelta, si applica per analogia il capoverso 3.

La delega all'avvocato deve in linea di massima essere conferita dall'assicurato. L'impresa di assicurazione è legittimata a conferire una procura all'avvocato soltanto se vi è stata autorizzata esplicitamente dall'assicurato. È quanto risulta dall'articolo 396 capoverso 3 CO, secondo cui per l'avvio di un processo o per la conclusione di una composizione è espressamente necessaria una speciale procura. La medesima esigenza deve valere anche nel caso in cui una persona diversa dal mandante conferisce una speciale procura a un terzo. Il diritto dell'impresa di assicurazione di conferire mandati non può pertanto essere riservato nelle condizioni di assicurazione.

Art. 98 Informazione nell'ambito di un avviso di sinistro

La disposizione riprende, con qualche adeguamento linguistico, all'articolo 163 OS, che impone all'impresa di assicurazione di informare lo stipulante sul diritto di scelta di cui all'articolo 32 capoverso 1 lettera b LSA.

Art. 99 Scioglimento dal segreto professionale

Un avvocato con un mandato conferito nel quadro dell'assicurazione della protezione giuridica può fornire informazioni all'impresa di assicurazione unicamente se lo stipulante lo ha sciolto dal segreto professionale (cfr. anche art. 321 CP⁴²). Secondo l'articolo 168 OS, che viene qui ripreso, lo stipulante può invero essere tenuto per contratto a sciogliere il proprio avvocato dal segreto professionale. Lo scioglimento non può però essere disposto anticipatamente e senza riferimento a un caso concreto e non è applicabile se sussiste un conflitto di interessi e se la trasmissione delle informazioni da parte dell'avvocato all'impresa di assicurazione può essere pregiudizievole per lo stipulante.

⁴² RS 311.0

Cpv. 3

La disposizione disciplina i diritti dei cobeneficiari e dei beneficiari successivi nell'ipotesi che un beneficiario perda il proprio diritto per avere intenzionalmente provocato il sinistro (cfr. art. 41 cpv. 1 lett. a). I diritti dei cobeneficiari e dei beneficiari successivi aumentano in parti uguali (conformemente all'art. 84 cpv. 4 LCA). Non sarebbe opportuno se i beneficiari che non sono parti in causa fossero discriminati rispetto al diritto vigente a favore dell'impresa di assicurazione. Una soluzione che prevedesse il calcolo dei diritti dei cobeneficiari e dei beneficiari successivi come se il beneficiario decaduto avesse ricevuto la prestazione genererebbe utili di liquidazione ingiustificati per l'impresa di assicurazione.

Cpv. 4

Sia la designazione irrevocabile del beneficiario, sia la modifica successiva del beneficiario si sono dimostrati strumenti validi nel diritto vigente. Pertanto il capoverso 4 riprende, in forma concisa, la regolamentazione in vigore (art. 77 LCA); tuttavia la rinuncia alla revoca esige la forma scritta ai sensi dell'articolo 13 CO. Nell'ambito dell'assicurazione sulla vita di terzi è però ora necessario il consenso scritto dell'assicurato per designare o modificare il beneficiario (cfr. cpv. 2).

Cpv. 5

La disposizione riprende il tenore del diritto vigente (art. 78 LCA), che accorda al beneficiario un proprio diritto di credito in caso di verificarsi del sinistro.

Cpv. 6

La disposizione contiene una nuova regolamentazione di carattere dispositivo applicabile se il beneficiario non è in vita. La prescrizione contribuisce a definire nella misura del possibile l'ordine dei beneficiari previsto dall'impresa di assicurazione, nel senso che in caso di decesso prematuro di un beneficiario per il quale non è stato designato un successore i suoi discendenti possano rivendicare la prestazione assicurativa.

Il disegno non contiene una disciplina della successione poiché non compete alla LCA definire nozioni che riguardano prevalentemente il diritto di famiglia o il diritto successorio. Tali questioni sono inoltre regolamentate quasi sempre nelle condizioni generali di assicurazione. La ripartizione della somma assicurata tra i beneficiari è in linea di massima oggetto della convenzione fra le parti e quindi neppure essa deve essere disciplinata in una legge.

Art. 104 Rinuncia alla successione

La disposizione riprende il principio dell'articolo 85 LCA. Non si fa comunque più distinzione tra le diverse categorie di beneficiari perché non vi sono motivi che giustifichino una disparità di trattamento degli eredi. In futuro, a prescindere dal fatto di essere designato nella polizza o che la qualità di beneficiario risulti dal diritto che gli compete come coniuge, discendente, successore legale o risulti altrimenti dalla polizza, ogni beneficiario deve poter acquisire la prestazione assicurativa anche in caso di rinuncia alla successione. Questa disposizione assume una particolare importanza quando lo stipulante è oberato di debiti e gli eredi devono rinunciare alla successione per tutelare i loro interessi. Non sono ammesse convenzioni secondo cui non è dovuta alcuna prestazione assicurativa in caso di rinuncia alla successione.

I contratti d'assicurazione sulla vita con costituzione di un capitale sono generalmente di lunga durata; le prestazioni assicurative e l'ammontare dei premi sono stabiliti già alla conclusione del contratto. Nel calcolo dell'ammontare del premio, l'impresa di assicurazione definisce anticipatamente un prezzo massimo garantito del prodotto assicurativo adottando un approccio basato su modelli attuariali. I modelli poggiano però su numerosi parametri relativi all'evoluzione demografica ed economica il cui valore può essere stimato solo con grande incertezza in considerazione della durata generalmente lunga dei contratti d'assicurazione sulla vita. Le imprese di assicurazione calcolano pertanto un premio medio che rimane invariato per la durata del contratto. Inoltre anche le prestazioni assicurate alla conclusione del contratto sono garantite per tutta la durata contrattuale. Non è possibile né una modifica unilaterale successiva, né un adeguamento unilaterale di queste parti integranti del contratto. Per tenere conto in misura adeguata dei numerosi rischi le imprese di assicurazione effettuano, non fosse che per motivi di solvibilità, un calcolo possibilmente prudente dei premi, includendovi supplementi di sicurezza. Se i premi sono calcolati con una prudenza tale da superare il fabbisogno effettivo per i rischi e per i costi e da generare un utile per l'impresa di assicurazione, lo stipulante deve partecipare a questo utile. Pertanto, fin dalla conclusione del contratto è garantita, oltre alla prestazione in caso di decesso o di vita, una prestazione supplementare nella forma della cosiddetta partecipazione alle eccedenze. Al momento della conclusione del contratto l'importo della partecipazione alle eccedenze non può ancora essere calcolato esattamente; allo stipulante viene nondimeno indicata, sulla base di modelli di calcolo, l'evoluzione probabile dei valori a partire da stime attuariali realistiche (cfr. in merito anche art. 12 cpv. 2 lett. b).

La LCA disciplinava finora solo marginalmente la partecipazione alle eccedenze (art. 94 LCA). La regolamentazione entrata in vigore il 1° gennaio 2007 (art. 3 LCA) contiene invece una disposizione sulla partecipazione alle eccedenze, che riguarda però unicamente l'obbligo d'informare precontrattuale dell'impresa di assicurazione. Secondo la LSA in vigore l'impresa di assicurazione deve consegnare annualmente un conteggio verificabile sulla partecipazione alle eccedenze. L'OS stabilisce inoltre il contenuto delle basi contrattuali e disciplina le basi del calcolo delle eccedenze nonché i principi relativi all'assegnazione delle eccedenze e all'eccedenza finale. Con la norma qui proposta si intende trasferire in maniera uniforme le disposizioni di diritto privato nella LCA.

Cpv. 1

La disposizione semimperativa riprende, apportandovi qualche adeguamento linguistico e completandolo con l'eccedenza finale, il contenuto della regolamentazione dell'articolo 130 OS e statuisce il contenuto minimo dell'obbligo contrattuale dell'impresa di assicurazione di informare sulla partecipazione alle eccedenze. La lettera a prevede in particolare che, diversamente dal caso dell'eccedenza finale, lo stipulante acquisisce dal momento dell'assegnazione delle eccedenze un diritto al valore in contanti calcolato in funzione delle basi attuariali contrattuali. L'obbligo dell'impresa di assicurazione di esprimersi nel contratto in merito ai punti menzionati nel capoverso 1 determina una sovrapposizione con l'obbligo d'informare precontrattuale secondo l'articolo 12. Questo parziale doppiopione è nondimeno giustificato dalla natura dell'obbligo d'informare precontrattuale e si genera anche quando si

tratta di definire l'entità della protezione assicurativa (art. 12 cpv. 1 lett. c e condizioni generali di assicurazione).

Cpv. 2 e 3

Come il capoverso 1, anche il capoverso 2 (semimperativo) discende dal diritto in materia di sorveglianza (art. 36 cpv. 2 LSA e art. 130 lett. e OS) e mira parimenti a garantire la necessaria informazione allo stipulante. Questa disposizione impone all'impresa di assicurazione l'obbligo d'informare ogni anno in merito all'avvenuta assegnazione, come pure alla situazione delle quote di partecipazione e costituisce in tal modo il terzo livello nella descrizione del diritto alle eccedenze, oltre all'obbligo d'informare precontrattuale e all'obbligo di cui al capoverso 1. L'informazione dovrebbe tra l'altro concernere le basi di calcolo delle eccedenze e la chiave di ripartizione tra gli assicurati. L'informazione realmente necessaria dipende dal sistema di eccedenze convenuto per contratto. Nei contratti con quota di risparmio devono in ogni caso essere indicati come valori di base l'eccedenza degli interessi e l'interesse complessivo. Il capoverso 3 riprende la regolamentazione in vigore dell'articolo 36 capoverso 3 LSA che attribuisce al nostro Consiglio la facoltà di emanare prescrizioni d'esecuzione del capoverso 2.

Cpv. 4

È possibile convenire per contratto che al termine della durata contrattuale sia versata, oltre alle quote correnti di eccedenze, una quota di eccedenze finale la cui entità dipende di norma dalla durata del contratto e dalla somma assicurata. Il versamento di una quota di eccedenze elevata alla fine del contratto si è nel frattempo affermato come un efficace strumento di concorrenza. Sulla base del vigente diritto in materia di sorveglianza (art. 138 cpv. 3 OS), allo stipulante deve essere versato, sotto forma di aumento della prestazione assicurata, una quota adeguata dell'eccedenza finale in funzione della durata del contratto, non soltanto alla fine del contratto, ma anche in caso di riscatto oppure, se convenuto contrattualmente, in caso di decesso o di invalidità della persona assicurata e di conversione del contratto. In tal modo non sarà più possibile continuare la prassi attuale, peraltro in parte problematica, secondo cui l'eccedenza finale veniva versata solo alla fine del contratto.

Art. 106 Fine anticipata del contratto

La disposizione sostituisce il diritto di recesso previsto dall'articolo 89 LCA con un diritto di disdetta.

Il diritto in vigore (art. 90 segg. LCA) già offre due forme di disinvestimento dei contratti d'assicurazione sulla vita: la conversione di tutte le assicurazioni sulla vita i cui premi sono stati pagati durante almeno tre anni oppure il riscatto delle assicurazioni sulla vita il cui calcolo tecnico si fonda su una prestazione che deve essere sicuramente eseguita ed è quindi vincolata a un processo di risparmio. Il presente disegno di legge riprende questi principi apportandovi diversi adeguamenti e raggruppandoli in modo più sistematico. In particolare le conseguenze giuridiche della mora al pagamento dei premi delle assicurazioni sulla vita con costituzione di un capitale sono parimenti rette dalle disposizioni concernenti la conversione e il riscatto. Una disciplina speciale, come prevista nell'articolo 93 LCA, è dunque superflua.

Art. 107 Conversione

La disposizione semimperativa riprende il diritto vigente (art. 90 cpv. 1 LCA). In caso di conversione il contratto non è sciolto, bensì convertito integralmente o parzialmente in un'assicurazione liberata dal pagamento dei premi, nel senso che le prestazioni assicurate sono ridotte nella misura in cui corrispondono all'incirca a quelle che potevano essere finanziate al momento della conversione con un versamento unico pari al valore di riscatto. A tal fine è richiesta una riserva matematica positiva e l'esigenza del versamento di tre premi annuali secondo l'articolo 90 capoverso 1 LCA diventa dunque superflua. Il valore di conversione è calcolato sul valore di liquidazione al momento della conversione secondo le basi tecniche del contratto d'assicurazione (per il calcolo del valore di liquidazione prescritto dal diritto in materia di sorveglianza cfr. art. 109).

Il contratto può fare dipendere la conversione da un valore minimo. Se tale valore minimo non è raggiunto, l'impresa di assicurazione deve versare allo stipulante un'indennità adeguata, che va prevista nel contratto. L'adeguatezza dell'indennità deve fondarsi in linea di massima sul valore attuale del valore di conversione.

Art. 108 Riscatto

Se l'assicurazione per la quale il verificarsi del sinistro è certo (*dies certus an*) ha un valore di riscatto, alla fine del contratto lo stipulante può optare per il valore di riscatto anziché per la conversione, a prescindere da quale parte contraente abbia dichiarato il recesso. Si tratta in genere dell'assicurazione a vita intera in caso di decesso o della cosiddetta assicurazione mista sulla vita. Non sono peraltro riscattabili la mera assicurazione in caso di vita e l'assicurazione temporanea in caso di decesso.

Il riscatto scioglie integralmente o parzialmente il contratto e l'impresa di assicurazione accredita allo stipulante il valore di riscatto. Tale valore si basa sul valore di liquidazione in caso di riscatto disponibile al momento del recesso ed è solitamente calcolato secondo le basi tecniche del contratto. Tale valore di riscatto corrisponde essenzialmente alla riserva matematica di inventario, da cui sono eventualmente dedotti le spese di acquisizione non ammortate e il rischio dovuto al tasso d'interesse. Perché vi sia un riscatto occorre, come per la conversione, che esista effettivamente un valore di riscatto, condizione che la disposizione formula con chiarezza.

La disposizione è di carattere semimperativo e si applica anche in caso di suicidio dell'assicurato capace di intendere.

Art. 109 Valori di liquidazione

Cpv. 1

I valori di liquidazione devono essere presentati per approvazione all'autorità di vigilanza prima del loro impiego (art. 127 cpv. 1 OS); il loro calcolo è pertanto disciplinato nel diritto in materia di sorveglianza. Essi devono essere adeguati (art. 127 cpv. 2 lett. a OS) e lo sono, secondo la prassi della FINMA, se esiste un equilibrio tra gli interessi della comunità di assicurati restante e quelli dello stipulante che deve ricevere la liquidazione.

Il capoverso 1 impone all'impresa di assicurazione l'obbligo di indicare nel contratto le basi di determinazione del valore di riscatto e del valore di conversione approvate dall'autorità di vigilanza. Si intende in tal modo garantire che i principi di calcolo siano resi noti alla persona assicurata.

Cpv. 2

La prima frase del capoverso 2 introduce l'obbligo per l'impresa di assicurazione di comunicare spontaneamente ogni anno allo stipulante il valore di riscatto. Questa disposizione non soltanto completa l'obbligo d'informare precontrattuale di cui all'articolo 12 capoverso 2 lettera b, ma è anche in relazione diretta con l'articolo 108, nel senso che tramite un'informazione regolare sul valore individuale di riscatto lo stipulante deve essere messo in grado di giudicare se il riscatto sia o no proficuo.

Si è rinunciato a stabilire un termine legale per la comunicazione del valore di conversione. È comunque ovvio che l'informazione deve essere fornita entro un periodo adeguato. L'attuale termine di quattro settimane può continuare a valere come termine indicativo.

Del resto è sufficiente che le informazioni fornite dall'impresa di assicurazione possano essere verificate dall'autorità di vigilanza (cpv. 3). Occorre peraltro evitare in futuro i problemi di tutela del segreto che sono sorti nel quadro dell'attuale LCA in caso di controversia sui valori di conversione comunicati.

Cpv. 3

In caso di riscatto o di conversione di un contratto d'assicurazione lo stipulante può far verificare gratuitamente dall'autorità di vigilanza i valori di liquidazione stabiliti dall'impresa di assicurazione. L'esame verte sull'esattezza dei valori e garantisce che questi corrispondano alle basi approvate dall'autorità di vigilanza (art. 127 OS) e ai principi contenuti nel contratto e che siano matematicamente corretti. I valori di liquidazione comprendono anche le quote di eccedenze assegnate purché siano riscattabili.

Art. 110 Diritto di pegno e valore di riscatto

L'impresa di assicurazione non deve essere discriminata in caso di costituzione in pegno della pretesa assicurativa. Per questo motivo essa può opporre al creditore pignoratizio le medesime eccezioni che le competono nei confronti dell'avente diritto.

Art. 111 Obbligo d'informare nelle assicurazioni collettive

Per analogia con il diritto vigente (art. 3 cpv. 3 LCA), nell'assicurazione collettiva sulla vita lo stipulante è tenuto a informare le persone assicurate sul contenuto essenziale del contratto, sulle sue modifiche e sulla sua fine. I lavoratori assicurati devono essere informati sulle modifiche essenziali del contratto, in particolare sul recesso dal contratto d'assicurazione stipulato tra l'istituzione di previdenza del personale e l'impresa di assicurazione sulla vita o sulla sua sospensione da parte dell'impresa di assicurazione sulla vita in seguito a mora al pagamento dei premi da parte dell'istituzione di previdenza del personale.

2.2.3.5

Sezione 5: Assicurazione contro le malattie e gli infortuni

Art. 112 Effettivi chiusi

Cpv. 1

Le imprese di assicurazione offrono occasionalmente agli stipulanti in giovane età e in buone condizioni di salute nuovi prodotti in gran parte simili a quelli già esistenti, ma a premi più vantaggiosi. Gli attuali assicurati esposti a un rischio più elevato di malattia non ricevono invece queste offerte e permangono nel loro effettivo attuale, che successivamente non viene più ampliato (cosiddetti effettivi chiusi). Se nell'effettivo non vengono più integrati buoni rischi, la tariffa dei premi può aumentare in modo massiccio e inoltre l'assicurazione complementare può diventare inaccessibile a numerosi stipulanti sebbene questi abbiano pagato i premi per lungo tempo.

Lo scopo dell'articolo proposto è evitare siffatti effetti indesiderati concedendo agli stipulanti appartenenti agli effettivi chiusi il diritto di concludere, al posto del contratto esistente, un contratto individuale per quanto possibile equivalente in un effettivo aperto della pertinente impresa di assicurazione o di un'impresa di assicurazione appartenente al medesimo gruppo. L'articolo semimperativo 112 trasferisce pertanto nella LCA il contenuto dell'articolo 156 OS orientato al diritto privato.

Cpv. 2

Se un effettivo viene chiuso ed esiste un effettivo aperto, l'impresa di assicurazione deve informare senza indugio lo stipulante interessato sul diritto di passaggio all'effettivo aperto e sulle coperture assicurative proposte in tale effettivo.

Cpv. 3

La classificazione relativa ai premi nel quadro del primo contratto d'assicurazione è effettuata sulla base dell'età e dello stato di salute alla conclusione del contratto. A seconda delle circostanze una riclassificazione in funzione dei valori attuali potrebbe determinare un aumento significativo dei premi. Per evitare tale aumento, i valori iniziali devono essere vincolanti anche per il nuovo contratto. L'impresa di assicurazione può nondimeno ponderare questi fattori con la tariffa determinante e non è quindi legata alla tariffa del primo contratto. Per gli assicurati il passaggio può tradursi, a seconda della tariffa, in un aumento o in una riduzione dei premi.

Art. 113 Riserve di senescenza

Cpv. 1

Affinché l'onere dei premi rimanga sostenibile anche per gli stipulanti in età avanzata, nell'assicurazione malattie si costituiscono costantemente riserve di senescenza tramite una formazione corrispondente delle tariffe. Senza una regolamentazione legale pertinente queste riserve rimarrebbero in linea di principio a disposizione dell'impresa di assicurazione in caso di uscita dell'assicurato.

La disposizione riprende essenzialmente l'articolo 155 capoverso 1 OS, adeguandolo tuttavia alle nuove circostanze (il diritto di disdire il contratto a seguito del verificarsi del sinistro non è più previsto). Lo stipulante deve avere il diritto alla restituzione delle riserve di senescenza in caso di disdetta ordinaria o di non prose-

cuzione del contratto alla scadenza dello stesso. Sarebbe altrimenti particolarmente difficile per le persone anziane trovare una copertura assicurativa finanziabile se le riserve di senescenza rimanessero al primo assicuratore.

Cpv. 2

La disposizione si basa sull'articolo 155 capoverso 2 OS e impone all'impresa di assicurazione di stabilire nel contratto l'ammontare della quota di riserve di senescenza da restituire e le sue basi di calcolo. Questa disposizione può determinare sovrapposizioni con l'obbligo d'informare precontrattuale secondo l'articolo 12, ciò che si giustifica per la natura di tale obbligo.

Art. 114 Cause concorrenti

La disposizione impone all'impresa di assicurazione l'onere della prova per le condizioni di decadenza o di riduzione della pretesa assicurativa. Per motivi di protezione dei dati sarà tuttavia sovente impossibile all'impresa di assicurazione ottenere informazioni sullo stato di salute precedente della persona assicurata. Per questa ragione il capoverso 2 prevede un obbligo di collaborazione della persona assicurata all'accertamento dei fatti.

Art. 115 Rapporto con l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera

La disposizione, che ha carattere semimperativo, riprende l'attuale articolo 100 capoverso 2 LCA. Nella consultazione è stato criticato il rinvio, menzionato anche nel capoverso 2, e ne è stato chiesto lo stralcio. In caso di rinuncia, l'assicurato disoccupato avrebbe invero il diritto di passare all'assicurazione individuale, ma il pertinente diritto all'informazione e le relative conseguenze giuridiche andrebbero persi. Sembra pertanto opportuno mantenere la regolamentazione vigente.

L'avamprogetto posto in consultazione prevedeva una disposizione intesa a impedire che l'articolo 69 LAMal (Riserve d'assicurazione) venisse eluso mediante la conclusione di un'assicurazione privata d'indennità giornaliera ai sensi della LCA. Si è rinunciato a riprendere questa regolamentazione poiché un'applicazione per analogia dell'articolo 69 LAMal è opportuna solo se sussistesse un obbligo di ammissione anche per gli assicuratori secondo la LCA. In assenza di tale obbligo le imprese di assicurazione potrebbero essere indotte a rifiutare una proposta di ammissione nell'assicurazione qualora ritenessero troppo alto il rischio da assumere. Tuttavia, l'introduzione di un obbligo di ammissione non è prevista poiché costituirebbe una pesante ingerenza nella libertà contrattuale.

Art. 116 Obbligo d'informare nelle assicurazioni collettive aziendali

La disposizione riprende l'idea alla base della disciplina entrata in vigore il 1° gennaio 2007 (art. 3 cpv. 3 LCA), ma limita l'obbligo d'informare dello stipulante nei confronti della persona assicurata all'assicurazione collettiva che in questo contesto assume la forma dell'assicurazione collettiva aziendale. È stato inoltre ripreso l'obbligo dello stipulante di informare le persone assicurate su un eventuale diritto di passaggio a un'assicurazione individuale.

Art. 117 Numero di assicurato dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)

Con la revisione della legge federale del 20 dicembre 1946⁴³ sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS) che ha introdotto il nuovo numero di assicurato AVS al 1° dicembre 2007, è stata istituita la base legale che autorizza l'impiego del numero anche nell'assicurazione malattie e contro gli infortuni al di fuori dell'assicurazione obbligatoria (art. 47a LCA). Si intende in tal modo impedire che a livello di assicurazione privata si debba procedere a una gestione dei dati completamente separata, circostanza che potrebbe provocare un aumento dei costi amministrativi e inutili problemi di identificazione. Per contro si è rinunciato a estendere il campo d'applicazione del numero d'assicurato, come chiesto da alcuni partecipanti alla consultazione. Questa rinuncia è dettata innanzi tutto da considerazioni relative alla protezione dei dati.

2.3 Titolo 3: Rapporti internazionali

Gli articoli 118 e seguenti disciplinano la questione del diritto applicabile nel quadro dei contratti d'assicurazione conclusi a livello internazionale con Stati dello Spazio economico europeo. In questo contesto è stato ripreso il diritto attuale – istituito nel corso dei progetti Swisslex di allora. Lo scopo di questi progetti di riforma era dare al diritto svizzero un'impostazione eurocompatibile. Le disposizioni della LDIP sono state introdotte nella LCA in vista di una convenzione bilaterale sulla libera prestazione di servizi. Se non è necessario procedere a una riformulazione di queste disposizioni, è comunque opportuno rivederne la struttura poiché non sono più soddisfacenti sotto questo aspetto. In particolare l'articolo 101b LCA è stato completamente ristrutturato e suddiviso in diversi articoli.

2.3.1 Capitolo 1: Disposizioni comuni

Art. 118

La disposizione stabilisce che gli articoli 119 e 128 valgono come disposizioni particolari per l'applicazione del diritto nei rapporti con Stati contraenti. L'applicazione di queste disposizioni particolari del diritto internazionale privato è subordinata alla reciprocità da parte degli Stati esteri. Al momento soltanto l'Accordo del 19 dicembre 1996⁴⁴ tra la Confederazione Svizzera e il Principato del Liechtenstein concernente l'assicurazione diretta e l'intermediazione assicurativa soddisfa le esigenze relative al riconoscimento reciproco delle prescrizioni del diritto in materia di sorveglianza e delle pertinenti misure. Questo Accordo non contiene norme di collisione in senso proprio.

⁴³ RS 831.10

⁴⁴ RS 0.961.514

2.3.2

Capitolo 2: Diritto applicabile all'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita

Art. 119 Diritto prioritario

La disposizione corrisponde agli articoli 101*b* capoverso 2 e 101*c* capoverso 4 LCA.

Art. 120 Diritto applicabile

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoversi 1 e 4 LCA.

Art. 121 Rischi situati in uno Stato contraente

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoverso 5 LCA.

Art. 122 Dimora e amministrazione centrale nello Stato contraente in cui il rischio è situato

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoverso 1 lettere a e g LCA.

Art. 123 Dimora e amministrazione centrale fuori dallo Stato contraente in cui il rischio è situato

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoverso 1 lettere b e d LCA.

Art. 124 Rischi situati in più Stati contraenti in caso di attività commerciale, industriale o libera professione

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoverso 1 lettere c e d LCA.

Art. 125 Sinistri al di fuori dello Stato in cui il rischio è situato

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoverso 1 lettera e LCA.

Art. 126 Grandi rischi

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoversi 1 lettere f e g e 6 LCA.

Art. 127 Scelta del diritto applicabile

La disposizione corrisponde all'articolo 101*b* capoverso 1 lettera h LCA.

2.3.3

Capitolo 3: Diritto applicabile all'assicurazione sulla vita

Art. 128

La disposizione corrisponde all'articolo 101*c* LSA, fatta eccezione per il capoverso 4 che è stato inserito nell'articolo 119 del disegno di legge.

2.4

Titolo 4: Disposizioni finali

Art. 129 Abrogazione e modifica del diritto vigente

Le proposte di abrogazione e modifica della legislazione federale sono elencate nell'allegato 2 del disegno di legge.

Art. 130 Disposizioni transitorie

Le disposizioni transitorie disciplinano il campo di applicazione temporale della nuova legge.

Cpv. 1

Conformemente al principio generale del diritto, la LCA riveduta è applicabile a tutti i contratti conclusi dopo la sua entrata in vigore.

Cpv. 2

Lo stesso dicasi per le modifiche di contratti esistenti, convenute dopo l'entrata in vigore della revisione. Alle parti modificate del contratto si applica il nuovo diritto. Anche le proroghe del contratto sono considerate modifiche. Se il contratto è prorogato nel suo complesso, si applica interamente il nuovo diritto.

Cpv. 3

Il capoverso 3 enumera le disposizioni da applicare, soprattutto per motivi di tutela degli assicurati, anche ai contratti conclusi prima dell'entrata in vigore della legge riveduta .

2.5

Allegato 1 (Diritto semimperativo)

In esecuzione dell'articolo 2 le disposizioni semimperative figurano in un elenco separato.

2.6

Allegato 2: abrogazione e modifica del diritto vigente

2.6.1

Legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione

La legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione è abrogata e sostituita dalla nuova legge.

2.6.2

Codice delle obbligazioni

Art. 113 Abrogato

L'articolo 113 CO contiene una disposizione particolare che disciplina il contratto a favore di terzi nei casi concernenti l'assicurazione della responsabilità civile che il datore di lavoro ha concluso contro le conseguenze della responsabilità civile. A

seguito della nuova regolamentazione proposta nella LCA – in particolare degli articoli 9 e seguente e 91 – questa disposizione non è più necessaria nel CO.

Art. 348b cpv. 3 Delcredere

Questa disposizione si riferisce direttamente alla LCA e deve essere adeguata di conseguenza.

Art. 418e cpv. 3 Facoltà di rappresentanza

Questa disposizione si riferisce direttamente alla LCA e deve essere adeguata di conseguenza.

Art. 520 Rendite vitalizie secondo la legge sul contratto di assicurazione

Questa disposizione si riferisce direttamente alla LCA e deve essere adeguata sul piano redazionale.

Art. 841 cpv. 2 Connessione con un contratto d'assicurazione

Questa disposizione si riferisce direttamente alla LCA e deve essere adeguata sul piano redazionale.

2.6.3 Legge del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori

Art. 2 cpv. 2 lett. d Campo d'applicazione

L'introduzione di questa disposizione si fonda sulla mozione 09.3965/Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (N 25.9.09, Bischofberger). Il nostro Consiglio è stato incaricato di escludere dalla sorveglianza ai sensi della LSA le società cooperative di assicurazione che sono strettamente legate a un'associazione o a un consorzio, il cui scopo principale non è l'attività assicurativa e che hanno una cerchia ristretta di assicurati.

Alla luce dei dibattiti parlamentari e della motivazione della mozione, la disposizione mira a escludere le «organizzazioni di autoaiuto» o «miniassicurazioni» dalla sorveglianza, purché il loro scopo principale non sia, tra l'altro, l'attività assicurativa. Anche riprendendo alla lettera il testo di legge proposto dall'autore della mozione non sarebbe possibile escludere dalla sorveglianza nessuna società cooperativa di assicurazione, poiché tutte le società che sono attualmente sorvegliate dalla FINMA hanno come scopo principale l'attività assicurativa. Persino le due cooperative citate nel dibattito parlamentare⁴⁵ hanno come scopo principale l'attività assicurativa e sarebbero di conseguenza sottoposte a sorveglianza. Pertanto nel disegno di legge si

⁴⁵ Sportversicherungskasse des Schweizerischen Turnverbandes (ora: Genossenschaft Sportversicherungskasse des Schweizerischen Turnverbandes) e la Hilfskasse des Eidgenössischen Schwingerverbandes (ora: Genossenschaft Hilfskasse des Eidgenössischen Schwingerverbandes).

è proceduto a modificare leggermente il testo proposto statuendo che l'associazione o la federazione legata alla società cooperativa di assicurazioni non può avere come scopo principale l'attività assicurativa.

In virtù dell'Accordo concluso con la Comunità economica europea, le imprese di assicurazione contro i danni che realizzano un volume annuo dei premi di 3 milioni di franchi e oltre al momento dell'entrata in vigore dell'Accordo – 1° gennaio 1993 – sono sottoposte a sorveglianza. Le imprese di assicurazione sulla vita non rientrano in linea di principio nel campo d'applicazione dell'Accordo, ma considerata la loro importanza economica si giustifica un'applicazione analoga del valore soglia. Per non correre il rischio che l'Accordo venga violato e nell'ottica dello scopo della mozione (escludere dalla sorveglianza le «miniassicurazioni» e le «organizzazioni di autoaiuto»), si ritiene giustificato il disciplinamento del valore soglia ai sensi dell'Accordo. Tanto più che con un volume dei premi più elevato i membri della cooperativa non sarebbero più in grado di esercitare la loro funzione di sorveglianza a causa della crescente complessità della loro attività.

Non sono assoggettate alla sorveglianza unicamente le imprese che dal momento dell'entrata in vigore dell'Accordo, ovvero il 1° gennaio 1993, non superano il valore soglia di 3 milioni di franchi. Le società cooperative di assicurazioni costituite successivamente o quelle che dopo il 1° gennaio 1993 hanno superato (anche se solo temporaneamente) l'ammontare annuo dei contributi di 3 milioni di franchi sono sottoposte al regime dell'Accordo e quindi alla sorveglianza. La disposizione contiene dunque una precisazione al riguardo.

Rispetto alla mozione il disegno di legge pone un'ulteriore condizione: per non sottostare alla sorveglianza le «miniassicurazioni» e le «organizzazioni di autoaiuto» devono limitare la loro attività al territorio svizzero. Un'attività con connessioni internazionali non si addice a queste organizzazioni e i singoli membri delle cooperative non riuscirebbero praticamente più ad esercitare la loro funzione di sorveglianza a causa della complessità della suddetta attività.

Questa deroga si applica in linea di principio soltanto alle assicurazioni costituite nella forma giuridica della cooperativa. Pertanto essa non si applica alle società anonime, anche se queste sono legate a una federazione. Inoltre le assicurazioni devono essere legate strettamente a un'associazione o a una federazione. Infine, non sottostanno alla sorveglianza soltanto le imprese di assicurazione che hanno una cerchia limitata di assicurati. Ciò significa che gli assicurati devono essere membri della società cooperativa di assicurazione con diritto di voto. Inoltre i membri della cooperativa devono poter stabilire i premi e le prestazioni assicurative.

Art. 4 cpv. 2 lett. s

Domanda d'autorizzazione e piano d'esercizio

Nell'articolo 4 capoverso 2 LSA è inserita una nuova lettera, secondo cui il piano d'esercizio deve contenere la comprova dell'adesione dell'impresa di assicurazione all'organo di mediazione (cfr. art. 85a LSA proposto).

Art. 32 cpv. 2 secondo periodo

Assicurazione della protezione giuridica

L'articolo 32 capoverso 2 LSA contiene una norma di delega per l'emanazione di ordinanze. Il secondo periodo autorizza il nostro Consiglio a emanare disposizioni sulla forma e sul contenuto dei contratti d'assicurazione della protezione giuridica.

Si tratta nella fattispecie di norme giuridiche che sono ora parte integrante della LCA (cfr. art. 94 segg.). Questo periodo deve essere dunque stralciato.

Art. 36 cpv. 2 e 3 Assicurazione sulla vita

La disposizione dell'articolo 36 capoversi 2 e 3 LSA è trasferita nella LCA (cfr. art. 105 cpv. 2 e 3), ragione per cui essa può essere abrogata nel diritto in materia di sorveglianza.

Art. 40 Definizione

Cpv. 1

Il capoverso 1 corrisponde materialmente alla vigente disciplina dell'articolo 40 LSA. Esso è stato riformulato.

Cpv. 2-4

Il diritto in materia di sorveglianza distingue due generi di intermediari, ossia l'intermediario assicurativo non vincolato e l'intermediario assicurativo vincolato. La disciplina in vigore definisce l'intermediario assicurativo non vincolato nell'articolo 43 capoverso 1 LSA (Iscrizione a registro) e stabilisce i criteri per l'intermediario assicurativo vincolato nell'articolo 183 OS. Essa non dovrebbe subire modifiche materiali nell'ambito della revisione totale della legge sul contratto d'assicurazione. Per contro, viene rielaborata sul piano formale la regolamentazione della LSA. Le nozioni di intermediario assicurativo vincolato e intermediario assicurativo non vincolato sono ora definite nei capoversi 2 e 3. La competenza di precisare i criteri per delimitare i due generi di intermediari è lasciata, come finora, al nostro Consiglio (cpv. 4).

Art. 41 Attività d'intermediazione proibita

L'articolo 187 capoverso 2 OS consente attualmente all'intermediario assicurativo di farsi iscrivere nel registro sia come intermediario assicurativo non vincolato che come intermediario assicurativo vincolato, ma non per lo stesso ramo assicurativo. Questa regolamentazione è stata oggetto di forti critiche. Per questa ragione, è necessario estendere l'articolo 41 LSA, che cita le attività di intermediazione proibite, al divieto di esercitare una doppia attività. Non è quindi più possibile operare in un ramo assicurativo quale intermediario assicurativo non vincolato e come intermediario assicurativo vincolato in un altro.

Art. 43 Iscrizione nel registro

L'iscrizione nel registro deve essere adeguata alla nuova suddivisione del mercato dell'intermediazione assicurativa. In conseguenza del divieto di esercitare una doppia attività ai sensi dell'articolo 41 LSA proposto, l'intermediario assicurativo non può più, come permesso dal diritto vigente, farsi iscrivere nel registro simultaneamente come intermediario assicurativo non vincolato e intermediario assicurativo vincolato.

Art. 44 cpv. 1 lett. a nonché cpv. 2 Condizioni per l'iscrizione a registro

Sulla base della proposta della commissione di esperti si propone di introdurre nella legge l'organo di mediazione in materia di assicurazioni private (cfr. art. 85a LSA proposto). Devono aderirvi anche gli intermediari assicurativi non vincolati. Ai fini dell'iscrizione nel registro, secondo l'articolo 44 capoverso 2 è necessario fornire la prova dell'adesione all'organo di mediazione.

Art. 45 Obbligo d'informare e di indicare

Cpv. 1

Poiché è assunto dall'intermediario assicurativo verso lo stipulante, è logico che questo obbligo sia disciplinato nel diritto contrattuale (vedi art. 69 disegno di LCA). Pertanto, le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di informare sono rette dal diritto privato. Tuttavia, talvolta è difficile far valere le pretese di diritto privato. Con il rinvio nell'articolo 45 all'obbligo d'informare di cui all'articolo 69 del disegno di LCA si garantisce l'applicabilità, come finora, di misure di diritto amministrativo. In tal modo le possibilità di infliggere sanzioni di diritto privato agli intermediari assicurativi vengono completate con gli strumenti del diritto in materia di sorveglianza e nel complesso rafforzate.

Cpv. 2

Le considerazioni fatte a proposito dell'obbligo di informare valgono anche per l'obbligo di indicare che incombe al mediatore assicurativo ai sensi della legge sul contratto d'assicurazione. Il rinvio contenuto nel capoverso 2 garantisce che in caso di violazione dell'obbligo di indicare enunciato nell'articolo 66 del disegno possano essere prese anche misure di diritto amministrativo e inflitte sanzioni penali. L'obbligo di indicare ne risulta rafforzato. Vi sarà inoltre un effetto preventivo.

Art. 45a (nuovo) Divieto delle convenzioni concernenti remunerazioni complementari

Contrariamente ai pagamenti connessi con l'intermediazione di contratti d'assicurazione (commissioni, provvigioni e simili), le remunerazioni complementari come le superprovvigioni o le cosiddette *contingent commissions* costituiscono una remunerazione ulteriore che l'impresa di assicurazione promette all'intermediario assicurativo non vincolato sulla base del raggiungimento degli obiettivi convenuti. Si basano, ad esempio, sul volume, sulla crescita o sull'onere dei sinistri. Questa forma di remunerazione spinge gli intermediari assicurativi, ancor di più di quanto non facciano le commissioni abituali, a orientare la loro attività alle remunerazioni versate loro dalle imprese di assicurazioni. Essa deve pertanto essere vietata a tutti gli intermediari assicurativi non vincolati.

Art. 55 Fallimento dell'impresa di assicurazione

La disposizione sul fallimento dell'impresa che esercita l'assicurazione sulla vita deve essere adeguata alla disposizione sul fallimento nell'articolo 57 LCA proposto.

Art. 85a (nuovo) Organo di mediazione

Un organo di mediazione nel settore delle assicurazioni private corrisponde indubbiamente a una necessità comprovata; è ciò che ha evidenziato anche la vastità dell'attività esplicata dalla fondazione per l'organo di mediazione istituita su iniziativa delle imprese di assicurazione. Per questo motivo l'organo di mediazione deve essere sancito nella legge.

Il nuovo articolo proposto per la LSA prevede che non soltanto le imprese di assicurazione autorizzate ma anche gli intermediari assicurativi non vincolati siano tenuti a istituire ed esercitare un organo di mediazione organizzato secondo il diritto privato e dotato di personalità giuridica. L'autodisciplina attraverso l'organo di mediazione che le imprese di assicurazione hanno istituito su base volontaria dal 1972 ha dato prova di efficacia, ragione per cui dovrà essere esercitato anche in futuro come organismo di autodisciplina. L'organo di mediazione non ha competenze giudiziarie né arbitrali, ma fornisce consulenza e mediazione in vista di un accordo amichevole. Di conseguenza esso non ha competenze decisionali, né il potere di impartire istruzioni. Dato che non dispone di competenze decisionali secondo il diritto civile, il ricorso all'organo di mediazione non comporta l'interruzione della prescrizione.

L'organo di mediazione può far partecipare ai costi le persone che si avvalgono dei suoi servizi.

Art. 86 Contravvenzioni

La disposizione penale dell'articolo 86 capoverso 1 lettera d^{bis} LSA è completata in maniera corrispondente in seguito all'introduzione del divieto di esercitare una doppia attività di cui all'articolo 41 LSA. Anche il divieto di concludere convenzioni concernenti il pagamento di remunerazioni complementari ai sensi dell'articolo 45a LSA deve essere perseguito penalmente, ragion per cui l'articolo 86 capoverso 1 deve essere modificato in modo corrispondente con l'aggiunta della lettera e. La disposizione penale in caso di violazione dell'obbligo d'informare e di indicare di cui all'articolo 45 D-LSA è adeguata sul piano redazionale alla nuova situazione.

3 Ripercussioni

3.1 Per la Confederazione, i Cantoni e i Comuni

Il presente progetto non ha ripercussioni dirette per la Confederazione, i Cantoni e i Comuni.

3.2 Ripercussioni per l'economia

Le ripercussioni economiche sono state esaminate nel quadro di un'approfondita AIR (cfr. n. 1.4).

Sulla base dei risultati della consultazione l'AIR si è focalizzata sulle ripercussioni delle dodici regolamentazioni più discusse:

- a. il diritto di revoca;
- b. l'obbligo d'informare precontrattuale dell'impresa di assicurazione;

- c. l'obbligo di dichiarazione precontrattuale dello stipulante;
- d. la prevenzione e la riduzione del danno e i relativi costi;
- e. la clausola di adeguamento del premio;
- f. la disdetta del contratto d'assicurazione;
- g. l'estensione della responsabilità e i casi d'assicurazione pendenti;
- h. la prescrizione;
- i. la remunerazione dei mediatori assicurativi;
- j. l'esame dello stato di salute nell'assicurazione collettiva;
- k. il diritto di credito diretto e il diritto d'informazione nell'assicurazione della responsabilità civile;
- l) la liquidazione dei sinistri nell'assicurazione della responsabilità civile.

L'AIR ha preso in esame anche le alternative alle singole regolamentazioni proposte. Qui di seguito si fornisce una sintesi dei principali risultati in relazione ai cinque punti esaminati dall'AIR. I risultati dell'AIR concernenti le singole disposizioni sono stati presentati nel numero 2. Per le questioni di dettaglio si rimanda al rapporto, che è molto esaustivo⁴⁶. I risultati esposti qui di seguito riguardanti i suddetti cinque punti si basano in particolare sui numeri 2.1, 3, 4.3, 4.4, 5 e 6 del compendio dell'AIR. Nel complesso si può dire, anche in base ai risultati dell'AIR, che il disegno di legge tiene conto in misura adeguata delle ripercussioni per gli attori coinvolti. In particolare le richieste volte alla protezione dei consumatori sono prese in considerazione laddove secondo l'AIR sono ragionevolmente proporzionate ai costi che generano.

Il disegno di legge è inoltre conforme alle direttive del DFF del settembre 2005 relative alla regolamentazione dei mercati finanziari. Dato che si applica a tutte le imprese di assicurazione, esso non ha effetti sulla concorrenza.

3.2.1 Necessità e possibilità dell'intervento statale

La legge sul contratto d'assicurazione disciplina i contratti d'assicurazione limitando in tal modo la libertà contrattuale. Un'ingerenza nella libertà contrattuale può essere ritenuta necessaria in particolare per correggere le anomalie nel funzionamento del mercato. Nel mercato assicurativo le anomalie derivano soprattutto dall'incompletezza e dall'asimmetria dell'informazione dei richiedenti o degli offerenti di prestazioni assicurative. In determinati casi può essere opportuno ridurre, attraverso l'adozione di misure adeguate, i costi di transazione (ad es. i costi per le ricerche e l'informazione) che possono ostacolare la conclusione di contratti d'assicurazione potenzialmente vantaggiosi per entrambe le parti.

La revisione della legge sul contratto d'assicurazione è necessaria in ragione di diversi problemi connessi con il diritto in vigore; la maggior parte di essi è dovuta alle anomalie del mercato. In proposito citiamo le tecniche di vendita aggressive, l'induzione in errore e l'inganno in certi casi e in taluni settori degli affari relativi

⁴⁶ Cfr. il rapporto completo e il relativo compendio sotto www.efd.admin.ch/dokumentation/zahlen/00578/02181/index.html?lang=de.

alla clientela privata; le lacune nell'informazione dello stipulante in merito alle caratteristiche del contratto negli affari relativi alla clientela privata; la lunga durata del contratto come pure diversi problemi nell'ambito delle assicurazioni individuali.

3.2.2 Ripercussioni per le singole categorie di attori

Imprese

La stragrande maggioranza delle imprese interessate direttamente dalla LCA ne sono toccate non in qualità di imprese di assicurazione o di intermediari assicurativi, bensì – unitamente ai clienti privati – in qualità di stipulanti (cfr. i dati nel paragrafo sull'importanza economica del mercato assicurativo nel n. 3.2.3). Nei paragrafi successivi vengono fornite indicazioni più precise sui tre gruppi direttamente interessati.

Per i grandi rischi definiti nell'articolo 2 sono previste deroghe alle disposizioni del diritto semimperativo. In tal modo si intende garantire meglio la libertà contrattuale delle grandi imprese – per le quali il rischio di essere svantaggiate da un'informazione asimmetrica è minore – e accordare alle piccole e medie imprese (PMI) in quanto consumatrici di prestazioni assicurative – che rischiano maggiormente di essere svantaggiate da un'informazione asimmetrica – un livello di protezione comparabile a quello dei clienti privati.

Le banche costituiscono un caso speciale: esse dovrebbero beneficiare indirettamente delle prescrizioni sulla trasparenza delle spese d'acquisizione nelle assicurazioni individuali sulla vita, poiché in questo settore sembra possibile un trasferimento dei capitali di risparmio dalle assicurazioni individuali sulla vita verso le banche.

Stipulanti

La revisione dovrebbe apportare una serie di vantaggi agli stipulanti, fra cui un aumento della qualità della consulenza e una migliore protezione contro le tecniche di vendita aggressive, un'intensificazione della concorrenza in termini di prezzo e di qualità, maggiore ponderazione nelle decisioni di acquisto e meno possibilità per l'impresa di assicurazione di sfuggire all'obbligo di fornire le prestazioni assicurative in caso di pretese giustificate degli stipulanti. Questi vantaggi risultano in particolare dalle disposizioni relative al diritto di revoca (art. 7–8 LCA), dal diritto di disdetta ordinario (art. 52 LCA), dalla trasparenza delle spese d'acquisizione nelle assicurazioni individuali sulla vita (art. 12 cpv. 2 lett. b), dalla trasparenza della remunerazione dei mediatori assicurativi (art. 66) e dal prolungamento del termine di prescrizione per i crediti derivanti da prestazioni assicurative (art. 64). L'intensificazione della concorrenza produce tendenzialmente un effetto di calmieri sui prezzi. D'altra parte, vi è però la possibilità che le imprese di assicurazione addossino agli stipulanti una parte dei maggiori costi generati dalla revisione della LCA (ad es. in relazione all'obbligo d'informare precontrattuale).

Imprese di assicurazione

In alcuni sottosettori è possibile che le imprese di assicurazione siano poste di fronte a un incremento dei costi e a un inasprimento della concorrenza. Secondo le stime, si prevede che l'introduzione dell'obbligo d'informare precontrattuale originerà costi

di investimento dell'ordine di 3 milioni di franchi (in particolare per la preparazione della relativa documentazione), che potranno essere ammortizzati nell'arco di diversi anni. Tuttavia, solo una parte di questi costi e di altri possibili costi aggiuntivi ricadrà sugli stipulanti. Un leggero inasprimento della concorrenza potrebbe ridurre in maniera corrispondente i margini di guadagno di alcune imprese di assicurazione. Nel complesso, il volume di mercato non dovrebbe ridursi. Nelle assicurazioni individuali sulla vita non si può però escludere un trasferimento dei capitali di risparmio dalle imprese di assicurazione verso le banche a seguito delle prescrizioni sulla trasparenza della remunerazione dei mediatori assicurativi.

Intermediari assicurativi

Particolarmente colpiti dalle disposizioni sulla trasparenza della remunerazione sono gli intermediari assicurativi. La maggiore trasparenza potrebbe portare a un'intensificazione della concorrenza tra i singoli canali di vendita, che potrebbe tendenzialmente accelerare la crescita delle vendite dirette da parte delle imprese di assicurazione a fronte di una relativa diminuzione delle vendite da parte dei mediatori e degli agenti assicurativi.

Altre categorie

I lavoratori trarranno vantaggi in particolare dalle disposizioni degli articoli 55 e 56. Grazie a tali disposizioni, in relazione all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia e dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera i lavoratori non saranno più costretti ad accettare riduzioni delle prestazioni ed esclusioni della copertura in caso di fine del rapporto di lavoro se il sinistro si è verificato nel corso della durata del contratto.

Relativamente all'assicurazione della responsabilità civile le parti lese trarranno vantaggio dall'articolo 91, che accorda loro un diritto di credito diretto nei confronti dell'impresa di assicurazione.

Anche gli enti pubblici beneficeranno indirettamente delle disposizioni degli articoli 55, 56 e 91, poiché queste evitano che nei casi di rigore le assicurazioni sociali debbano assumersi i costi conseguenti a una copertura assicurativa insufficiente.

3.2.3 Ripercussioni per l'insieme dell'economia

Importanza economica del mercato assicurativo

Il valore aggiunto lordo creato dall'economia assicurativa svizzera ammontava nel 2007 a 21,9 miliardi di franchi, corrispondenti a una quota del 4,2 per cento del prodotto interno lordo (PIL). Secondo il Registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS), nel 2008 erano presenti sul mercato assicurativo svizzero 2419 unità istituzionali, equivalenti allo 0,8 per cento del numero di unità istituzionali dell'intera economia svizzera. Delle 2419 unità istituzionali 1603 operavano nel settore economico «attività di mediatore assicurativo». Nel 2008 l'economia assicurativa svizzera dava lavoro a 67 132 persone, che corrispondevano all'1,9 per cento degli occupati dell'intera economia svizzera. 27 792 persone lavoravano nel settore economico «assicurazione contro gli infortuni e contro i danni», 12 089 nel settore «assicura-

zioni malattie» e 12 170 nel settore «attività di mediatore assicurativo». Il volume dei premi dell'assicurazione diretta in Svizzera ammontava nel 2008 a 53,4 miliardi di franchi, di cui 29,6 miliardi riguardavano l'assicurazione sulla vita e 23,8 miliardi il settore «non vita».

Utilità della revisione

In un'ottica economica globale, l'utilità della revisione consiste in primo luogo in una maggiore trasparenza del mercato e quindi in un miglioramento delle condizioni per il buon funzionamento della concorrenza. Si tratta di effetti importanti in particolare se si considera l'enorme volume del mercato illustrato più sopra.

Costi della revisione

La revisione comporta costi diretti e indiretti. I costi diretti concernono principalmente i costi unici per gli adeguamenti, che nell'ambito dell'AIR sono stati stimati in circa 10 milioni di franchi (inclusi i costi menzionati in precedenza legati al nuovo obbligo d'informare precontrattuale). I costi indiretti, che sono più difficili da valutare, non hanno potuto essere quantificati nel quadro dell'AIR. Essi dovrebbero però essere più alti dei costi indiretti e comprendere in particolare i costi supplementari di transazione connessi con i contratti d'assicurazione. Questi ultimi costi sono dovuti alle disposizioni che disciplinano le conseguenze giuridiche della violazione dell'obbligo di dichiarazione, il diritto di disdetta ordinario e la clausola di adeguamento del premio.

Effetto redistributivo

Oltre ai costi e ai benefici effettivi per l'insieme dell'economia, è atteso un certo effetto redistributivo. Il consumatore dovrebbe ottenere un profitto leggermente più alto, mentre il profitto delle imprese di assicurazione e degli intermediari assicurativi tenderebbero a scendere.

3.2.4 Regolamentazioni alternative

Delle 12 regolamentazioni valutate in modo approfondito nell'ambito dell'AIR, otto hanno portato all'esame di 15 regolamentazioni alternative, mentre per le altre tre regolamentazioni sono state individuate possibilità di ottimizzazione. I risultati dell'esame di ciascuna regolamentazione alternativa sono presentati nel numero 2 nel commento alle singole disposizioni. Questo esame effettuato nel quadro dell'AIR e le relative raccomandazioni sono stati presi in considerazione, unitamente ai pareri espressi nella consultazione, nella rielaborazione delle corrispondenti disposizioni.

3.2.5 Adeguatezza dell'esecuzione

La LCA disciplina i rapporti contrattuali retti dal diritto privato. L'esecuzione non è affidata alle autorità d'esecuzione in senso stretto bensì alla giustizia. Nell'ambito dell'AIR non si trattava quindi di esaminare l'adeguatezza dell'esecuzione da parte

delle pertinenti autorità. Sotto questo titolo si è cercato piuttosto di individuare possibilità di ottimizzazione – in particolare per quanto attiene alle formulazioni e alle definizioni che l'avamprogetto non aveva ancora precisato – di cui si è tenuto conto nella rielaborazione.

4 Programma di legislatura

Il disegno di legge è stato annunciato nel messaggio del 23 gennaio 2008⁴⁷ sul programma di legislatura 2007–2011.

5 Aspetti giuridici

5.1 Costituzionalità e legalità

La legge sul contratto d'assicurazione completamente riveduta si fonda sull'articolo 122 capoverso 1 della Costituzione federale come la legge sul contratto d'assicurazione in vigore. La modifica della LSA si fonda sulle stesse basi della legge.

5.2 Delega di competenze legislative

L'articolo 73 capoverso 4 del disegno attribuisce al Consiglio federale la competenza di disciplinare i dettagli concernenti la comunicazione dei dati nell'ambito del rilevamento tempestivo. Questa competenza del nostro Consiglio è già stabilita nel testo in vigore.

Anche l'articolo 105 capoverso 3 del disegno, che riprende la disciplina della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (art. 36 cpv. 3 LSA), prevede una competenza normativa del nostro Consiglio. Tale competenza è già contemplata nel testo in vigore della legge sulla sorveglianza degli assicuratori ed è ripresa nel disegno di legge.

⁴⁷ FF 2008 597 661

