

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA: IL PROBLEMA DELLE POLIZZE COLLETTIVE

IL PARERE DEL NOSTRO LEGALE

Il Regolamento 5/2006 dell'ISVAP prevede, all'art. 52, che l'intermediario deve offrire un prodotto adeguato alle esigenze assicurative del cliente.

Non solo, il broker deve dare anche dimostrazione di aver svolto un'indagine su tale adeguatezza; ecco quindi che è invalsa la prassi di far compilare al contraente un **Questionario sull'Adeguatezza** della copertura assicurativa proposta.

Ma cosa accade in caso di polizze collettive? Il broker che intermedia le coperture collettive è tenuto a consegnare il Questionario sull'Adeguatezza? A chi lo deve consegnare? Al contraente o all'assicurato? E in quale fase della trattativa?

I numerosi dubbi espressi derivano dal fatto che, ancora una volta, la normativa non è chiara, ma lacunosa.

Infatti, l'art. 56 del Regolamento ISVAP 5/2006 (che tratta dell'informativa precontrattuale da fornire al contraente e all'assicurato in caso di polizze collettive) non richiama esplicitamente l'art. 52 (che parla invece di adeguatezza).

Data la rilevanza dell'argomento l'Associazione ha ritenuto utile approfondire, ulteriormente, chiedendo un parere l'Avv. Carlo F. Galantini, esperto in materia assicurativa, che collabora con ACB.

Riportiamo qui di seguito il parere dell'Avv. Galantini.

PARTE PRIMA INQUADRAMENTO DELLA DISCIPLINA E CARATTERI GENERALI

1.1

Inquadramento della disciplina degli obblighi di informativa precontrattuale e adeguatezza nelle fattispecie di contratti stipulati in forma collettiva.

I quesiti riguardano il comportamento che l'intermediario deve tenere nel caso in cui si trovi ad intermediare "**Coperture Collettive**".

Con questo termine si intende fare riferimento a tutti quei casi in cui un soggetto, che si propone di procurare ad una serie più o meno numerosa di individui, legati da un minimo comune denominatore, intenda offrire a costoro la possibilità di fruire di determinate coperture a condizioni, economiche e/o normative, favorevoli, mediante la stipula di una polizza a beneficio di questi ultimi.

Simili forme di contrattazione sono normalmente mirate a soddisfare una duplice esigenza che ne giustifica la diffusione ed il successo: da un lato infatti, i contraenti, mediante la contraenza unica per una serie numerosa di rapporti assicurativi, realizza i vantaggi che si ottengono con il gruppo di acquisto (maggior potere contrattuale e migliori condizioni economiche), dall'altro la Compagnia, con un solo contratto ottiene il risultato di assicurare una serie numerosa di soggetti percependo premi per importi interessanti.

In questi casi, nella pratica assicurativa, si ricorre a diversi schemi contrattuali, i più comuni dei quali sono:

- a) le polizze stipulate per conto altrui o di chi spetta ex art.1891 c.c.;
- b) le polizze collettive, che sono una sottospecie delle polizze stipulate per conto altrui o di chi spetta ex art.1891 c.c.;
- c) le polizze stipulate in nome altrui ex art.1890 c.c.;
- d) le convenzioni quadro assicurative, cui fa seguito l'insorgenza di singoli rapporti assicurativi che rispecchiano le condizioni predeterminate nella predetta convenzione quadro.

Ebbene, in assenza di disposizioni che ne suggeriscano una portata restrittiva, si deve ritenere che, quando il Regolamento n.5/06 e le successive disposizioni normative o regolamentari parlano di “contratti stipulati in forma collettiva” intendano riferirsi, in generale (e salve le specificazioni di cui in appresso), agli schemi contrattuali sopra menzionati.

Senonchè, con specifico riferimento alla disposizione dell’art. 56 del Regolamento n. 5/06, che disciplina gli obblighi di informativa precontrattuale nei tipi di contratti assicurativi sopra indicati, ci sentiamo di tracciare subito una significativa distinzione che serve a differenziare i contratti c.d. collettivi e soggetti alla disciplina dell’art. 56 da quelli che non lo sono.

Va infatti ricordato che, l’art. 56 detta specifiche regole per quei contratti, destinati a coprire rischi di una serie numerosa di assicurati, rispetto ai quali i soggetti portatori del rischio in copertura contribuiscono in tutto o in parte al pagamento del premio riferito alla propria copertura; premio che, solitamente, viene regolato al momento della loro adesione alla polizza cumulativa.

Per contro, la predetta disposizione dell’art. 56 non si applica ai contratti stipulati in forma collettiva nei quali gli assicurati non contribuiscono al pagamento del premio, che resta a carico del contraente. Questo è il caso delle polizze stipulate ai sensi dell’art. 1891 c.c. quando all’aderente non viene chiesto il pagamento di un premio.

Simile specificazione si giustifica in base alla considerazione che, se l’onere del premio viene sopportato dal solo contraente (il quale ha un interesse di fatto ad assicurare alcuni soggetti con i quali egli entra in rapporti di affari) è corretto che questi ultimi acquistino il diritto ad essere coperti da assicurazione alle condizioni volute dal contraente; diversamente, nel caso in cui gli assicurati/aderenti sopportino in tutto o in parte il costo del premio riferito alla loro entrata in copertura (così che aderendo alla polizza cumulativa è come se acquistassero la singola copertura) il Regolatore ha ritenuto che tali soggetti dovessero essere propriamente informati circa i contenuti della garanzia al fine di compiere scelte consapevoli.

Venendo all’adeguatezza, l’art. 56 del Regolamento n. 5/06, nel regolare alcune particolarità riguardo ai contratti stipulati in forma collettiva con costo a carico dell’aderente, non dispone alcunché in merito a tale aspetto, né vi sono disposizioni specifiche in tema di conflitto di interessi.

Deve quindi ritenersi che la valutazione di adeguatezza del contratto, così come l’assenza di conflitto di interessi, vada effettuata mediante una interlocuzione con il solo contraente, posto che il contraente stipula nell’interesse degli appartenenti alla categoria di potenziali assicurati prescelta e che, quindi, si presume stipuli contratti adatti alle esigenze della detta categoria, oltre che in assenza di

Ciò, tuttavia, può essere vero quando il contenuto del contratto assicurativo sia uniforme e preveda coperture predefinite non modificabili da parte dei singoli aderenti, **mentre non lo è nelle ipotesi in cui** all'aderente sia lasciata la facoltà di scegliere opzioni contrattuali diverse, e ciò è tanto più vero qualora a fronte di tale scelta l'importo del premio che l'aderente debba sopportare è destinato a variare.

In questi casi, concretizzandosi variazioni alle condizioni standard stipulate con il contraente, **viene meno il presupposto secondo il quale la valutazione di adeguatezza possa e debba essere rimessa al solo contraente, con conseguente opportunità di procedere ad una valutazione dell'adeguatezza dell'opzione assicurativa scelta dal singolo aderente.**

In conclusione, riguardo al tema della adeguatezza nelle polizze stipulate in forma collettiva, mi sentirei di dire che occorre un vaglio di "adeguatezza in astratto", che si svolge nella interlocuzione tra l'intermediario ed il contraente della polizza per conto, ed un vaglio di "adeguatezza in concreto", che si rende necessario ogniqualvolta venga lasciata all'aderente la scelta fra più opzioni contrattuali.

Quest'ultimo vaglio aggiuntivo si giustifica quindi sia nei casi in cui i contratti in forma collettiva prevedano che l'aderente sopporti in tutto o in parte l'onere del premio, sia in ogni caso qualora all'aderente venga rimessa la scelta tra più opzioni contrattuali.

Naturalmente, al fine di assistere l'aderente nel vaglio di adeguatezza in concreto, l'intermediario può usare vari strumenti di comunicazione tradizionali o a distanza, quali call center, aree dedicate di un sito web in cui si possa svolgere una interlocuzione con l'aderente, la presenza di terminali presso le sedi del punto vendita in cui l'aderente perfeziona l'adesione.



Le polizze stipulate in forma collettiva da parte di Casse di Previdenza Aziendali, Fondi di Assistenza ed Enti similari.

Sovente le polizze stipulate in forma collettiva vengono contratte ad iniziativa di Casse di Previdenza Aziendali o Fondi di Assistenza nell'interesse dei propri associati.

Ciò accade quando tali Enti Collettivi (che spesso vengono costituiti nella forma

di associazioni non riconosciute), per espressa previsione statutaria, si determinano a coprire i bisogni previdenziali e di assistenza dei propri associati mediante ricorso al mercato assicurativo, anziché provvedendo direttamente con mezzi propri.

In questi casi, appunto, l'Ente assume la veste di contraente della polizza o convenzione quadro collettiva, mentre gli associati, quantomeno al momento del sinistro, assumono la veste di assicurati.

E' lecito quindi chiedersi se nella situazione da ultimo descritta:

- i) trovi applicazione l'art. 56 del Regolamento n. 5/06;
- ii) se e con che modalità vadano applicate le previsioni sulla adeguatezza dei contratti stipulati.

Per rispondere al **punto i)** occorre distinguere le ipotesi in cui gli associati agli enti di previdenza e assistenza fruiscano della copertura secondo lo schema dell'art. 1891 c.c. in modo automatico e senza sopportare in tutto o in parte il costo del premio riferito alla loro entrata in copertura, rispetto alle ipotesi in cui gli associati, nell'aderire alle coperture previste nella polizza collettiva, seppure il contratto sia, grosso modo, sempre strutturato in base allo schema del citato art. 1891 c.c., siano richiesti di pagare anche in parte il costo dell'assicurazione o abbiano facoltà di scegliere coperture opzionali soggette ad una integrazione o modifica dell'importo del premio poste a carico del medesimo aderente.

Ebbene, in quest'ultimo caso, non vedo come si possa negare l'applicabilità dell'art. 56 del Regolamento n. 5, mentre nel primo caso, simile applicazione non si giustifica, dal momento che la fruizione della copertura da parte del singolo associato rappresenta un benefit aggiuntivo rispetto al quale egli non subisce (in modo diretto) un ricarico di costi.

Un discorso particolare meritano le fattispecie nelle quali la stipula di coperture da parte di casse aziendali avvenga in esecuzione di un preciso e specifico obbligo imposto sul datore di lavoro appartenente ad un certo settore o categoria in forza di un CCNL.

La particolarità di questi casi deriva dal fatto che, sovente, il prezzo per la adesione alla copertura assicurativa obbligatoria prevista dal CCNL è in tutto o in parte ricaricato sull'assicurato mediante trattenuta in busta paga.

La conseguenza dovrebbe quindi essere che, poiché tali coperture sono a costo dell'assicurato e si tratta di polizze stipulate in forma collettiva, si dovrebbe applicare la disposizione dell'art.56 del Regolamento n.5/06.

Senonchè, a mio modo di vedere, si deve considerare se il CCNL non preveda che prezzo per la copertura assicurativa (il cui costo viene ad essere incluso nel calcolo della retribuzione) venga a convertirsi in un aumento del salario esattamente corrispondente al costo di tale copertura.

In tal modo, si potrebbe sostenere che, in realtà, nonostante il costo del premio per tale copertura sia trattenuto in busta paga (per motivi fiscali, previdenziali e lavoristici in genere), poiché coincide esattamente con l'aumento di stipendio concordato, non realizzi una copertura per la quale l'assicurato sopporti effettivamente il costo (giacchè questo viene sopportato dal datore di lavoro per mezzo dell'aumento) con conseguente esonero dall'applicazione dell'art. 56 del Regolamento n. 5/06.

Il tema resta comunque delicato e in caso di dubbio sarebbe consigliabile applicare la menzionata previsione regolamentare.

Con riguardo al **punto ii)**, ossia alla adeguatezza delle coperture destinate ad assistere il singolo associato, si può richiamare quanto detto sopra a proposito della adeguatezza in astratto ed in concreto.

Ovvero, nel caso in cui l'adesione all'ente di previdenza e assistenza comporti delle opzioni discrezionali per l'aderente, che si discostino o integrino le condizioni base predeterminate, allora sarà opportuno assicurarsi che sia svolto anche un vaglio di adeguatezza in concreto, tramite una interlocuzione con il singolo socio aderente (ciò indipendentemente dal fatto che l'aderente sostenga il costo della copertura).

PARTE SECONDA LE RISPOSTE AI QUESITI

■ ■ ■ IL QUESITO: Un broker assicurativo che intermedia “coperture collettive”, è tenuto o meno a consegnare il questionario sull'adeguatezza

Un broker che intermedia polizze collettive è tenuto a consegnare e far compilare il quesito sull'adeguatezza, certamente al contraente, mentre, con riguardo ai singoli aderenti alla polizza, dovrà sincerarsi che la singola copertura accesa dall'aderente sia adeguata alle esigenze assicurative di quest'ultimo solo qualora, all'atto dell'adesione, al medesimo assicurato si richieda di operare una scelta fra più opzioni contrattuali facoltative.

Per completezza, poi, pare opportuno sottolineare che, solitamente, quando il broker intermedia polizze collettive nell'espletamento di un incarico di brokeraggio conferito da un ente che agisce nell'interesse di una categoria ben definita di soggetti (gli associati all'ente ed i dipendenti di quest'ultimo), l'adeguatezza del prodotto assicurativo proposto viene valutata nell'ambito di una articolata interlocuzione con detto ente e non solo attraverso la presentazione e sottoscrizione di un generico questionario di adeguatezza.

IL QUESITO: In caso di risposta positiva al punto che precede, il questionario di adeguatezza andrebbe consegnato al Contraente (Cassa o Fondo)? Oppure ad ogni Ente/Società aderente ad una Cassa nell'interesse dei propri dipendenti? Il Broker potrebbe quindi far compilare e firmare il questionario all'Ente aderente, ed eventualmente prevedere uno spazio anche solo con i dati anagrafici del Contraente (senza la sua firma)?

Il questionario di adeguatezza, o per meglio dire la valutazione di adeguatezza a seguito di apposito confronto sulle necessità assicurative dei potenziali aderenti, va sottoposto il primo - od espletata la seconda - certamente nei confronti della Cassa o Fondo, che rivestono il ruolo di contraente della polizza collettiva. Ma la stessa cosa dovrebbe essere fatta verso l'Ente /Società aderente alla predetta Cassa o Fondo nell'interesse dei propri dipendenti: anche questi enti, infatti, assumono la veste di contraenti per effetto del meccanismo tratteggiato dall'art. 1890 c.c., secondo il quale, nelle polizze stipulate nel nome altrui, costui, all'atto della adesione provoca la ratifica del contratto a beneficio degli assicurati ed egli assume la veste di secondo contraente.

Il Broker potrebbe quindi far compilare e firmare il questionario all'Ente aderente, ma, qualora agli assicurati sia lasciata la scelta circa alcuni elementi della copertura, costoro andranno interpellati per valutare l'adeguatezza in concreto del prodotto o della specifica copertura prescelta.

IL QUESITO: In quale fase della trattativa dovrebbe essere consegnato il questionario?

- a. contestualmente all'invio della proposta (nella quale vengono delineate le condizioni di copertura e trasmesso il fascicolo informativo e/o le condizioni generali di copertura),**
- b. contestualmente all'invio del contratto da sottoscrivere (con proposta già accettata, e ordine fermo già conferito)?**

Il “Regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari” emesso dalla COVIP con deliberazione del 29.05.2008 ha stabilito in particolare che:

- 1) l’adesione alle forme pensionistiche complementari deve essere preceduta dalla consegna gratuita della Nota Informativa e dello Statuto o Regolamento nonché, per i PIP – ovvero forme pensionistiche complementari attuate mediante contratti di assicurazione sulla vita di cui all’art. 13, comma 1, lett. b) D. Lgs. 252/2005 – delle condizioni generali di contratto;
- 2) contestualmente alla Nota Informativa deve essere altresì consegnato il progetto esemplificativo standardizzato recante la stima della pensione complementare redatto in conformità alle Istruzioni COVIP;
- 3) l’adesione deve avvenire esclusivamente a seguito della sottoscrizione del modulo di adesione, compilato in ogni sua parte;
- 4) la raccolta delle adesioni avviene, per i fondi pensione aperti e i PIP, anche avvalendosi delle reti di distribuzione utilizzabili nel settore operativo di appartenenza, nel rispetto delle disposizioni previste per il collocamento di prodotti finanziari, nel caso di fondi pensione aperti istituiti da banche, SGR e SIM, o assicurativi, nel caso di fondi pensione aperti e PIP istituiti da imprese di assicurazione;
- 5) nella raccolta delle adesioni alle forme pensionistiche complementari devono essere osservate:
 - la diligenza e la trasparenza nei confronti dei potenziali aderenti;
 - l’informativa coerente con la Nota Informativa al fine di consentire ai potenziali aderenti di effettuare scelte consapevoli e rispondenti alle proprie esigenze, con particolare riferimento ai costi;
 - richiamo del progetto esemplificativo standardizzato.

Se, invece, la domanda concerne l’adesione ad una Cassa di Previdenza che contempli la attivazione di prodotti assicurativi di previdenza complementare, allora la situazione è quella già illustrata nel paragrafo 1.2 che precede e vale la risposta data al punto 3.

IL QUESITO: Infine, è obbligatorio consegnare il questionario anche in caso di contratti afferenti al ramo Responsabilità Civile (RC amministratori, professionale, terzi, prodotti, ecc...) ove la compagnia abbia già un questionario propedeutico all'analisi del rischio che l'Assicurando deve compilare, datare e firmare?

Quando l'assicuratore fa precedere la stipula di un contratto assicurativo dall'invio di un questionario per l'analisi della situazione di rischio, si preoccupa di acquisire alcuni elementi che, a sua opinione, si rivelano rilevanti al fine di acquisire una migliore conoscenza del rischio che intende assumere. Si tratta quindi di una analisi tesa a valutare la possibilità e convenienza, per l'assicuratore, alla assunzione del rischio.

Il tema della adeguatezza del contratto alle necessità assicurative del contraente/assicurato mira invece a verificare se il contratto proposto sia adatto e conveniente rispetto alla posizione di quest'ultimo.

Poiché l'obbligo di fornire prodotti adeguati alle esigenze della clientela, ai sensi dell'art. 183, co. 2 del C.A.P. nonché dell'art. 52 del Regolamento n. 5/06 è stato esteso anche agli assicuratori, capita che il questionario predisposto dagli assicuratori ricomprenda anche domande tese a verificare l'idoneità del contratto a soddisfare le esigenze di idoneità e convenienza del contraente/assicurato.

In quest'ultimo caso, la consegna del questionario di adeguatezza anche da parte del broker si rivelerebbe una attività non necessitata ed una duplicazione di incumbenti.

Ciò nonostante, dal momento che la scelta dell'intermediario di acquisire i dati da lui ritenuti idonei a valutare la adeguatezza dipende da una preventiva analisi circa la completezza del questionario predisposto dall'assicuratore, e tale disamina non sempre è agevole o soddisfacente, il consiglio è quello di consegnare il questionario di adeguatezza anche in presenza del questionario sulla analisi del rischio predisposto dall'assicuratore.

Avv. Carlo F. Galantini