

La Banca-Assicurazione

a cura di

LORENZO MEZZASOMA
ANDREA BELLUCCI
ALBINA CANDIAN
PAOLOEFISIO CORRIAS
SARA LANDINI
EUGENIO LLAMAS POMBO



Edizioni Scientifiche Italiane

Il volume è il risultato della ricerca «Lo sviluppo del ruolo della Banca nella distribuzione dei prodotti assicurativi. Analisi giuridica e studio dei profili economico-aziendali e fiscali della «Bancassicurazione», anche alla luce benchmark internazionali», finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia [Cod. 2015.0396.013].


FONDAZIONE
CASSA RISPARMIO PERUGIA

Prefazione

7

Atti della giornata di studio
su Banca-Assicurazione
Firenze, 2-3 febbraio 2017

Relazioni

Albina Candian, <i>La Bancassicurazione: fonti e modelli europei</i>	19
Vito Rizzo, <i>Principio di trasparenza e tutela del «contraente debole» (con particolare riguardo al settore assicurativo – e finanziario –)</i>	47
Antonella Sciarone Alibrandi, <i>Mercato assicurativo e tutela del cliente</i>	75
Giuseppe Leonardo Carriero, <i>L'esperienza dell'Arbitro Bancario Finanziario</i>	87
Eugenio Llamas Pombo, <i>Evoluzione e situazione del settore bancassicurazione in Spagna</i>	103
Agustín Luna Serrano, <i>L'ipoteca inversa</i>	113
Paolofisio Corrias, <i>La direttiva UE n. 2016/97 sulla distribuzione assicurativa: profili di tutela dell'assicurato</i>	131
José Luis Pérez-Serrabona González, <i>I prodotti finanziari assicurativi</i>	147
Lorenzo Mezzasoma, <i>Meritevolezza e trasparenza con riferimento alla distribuzione di prodotti assicurativi</i>	177
Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, <i>La banca-seguros: perspectiva colombiana. Su conexión con el Derecho del consumo y con la función social del seguro</i>	199
Andrea Bellucci, <i>L'evoluzione dei modelli di business nella bancassurance danni e vita</i>	243
Luigi Farenga, <i>La distribuzione di prodotti assicurativi in abbinamento a mutui</i>	265
Sara Landini, <i>Adeguatezza delle polizze collegate a contratti bancari</i>	275
Andrés Marino López, <i>La «Bancassicurazione» in Uruguay</i>	295
Anna Carla Nazzaro, <i>Polizze linked</i>	301

© Edizioni Scientifiche Italiane

ISBN 978-88-495-3316-3

MEZZASOMA, Lorenzo; BELLUCCI, Andrea; CANDIAN, Albina; CORRIAS, Paolofisio; LANDINI, Sara; LLAMAS POMBO, Eugenio (a cura di)

La Banca-Assicurazione

Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 2017

pp. 644; 24 cm

ISBN 978-88-495-3316-3

© 2017 by Edizioni Scientifiche Italiane s.p.a.

80121 Napoli, via Chiatamone 7

Internet: www.edizioniesi.it

E-mail: info@edizioniesi.it

I diritti di traduzione, riproduzione e adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4 della legge 22 aprile 1941, n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e GNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

Adeguatezza delle polizze collegate a contratti bancari

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Polizze abbinata ai contratti bancari nella teoria dei contratti collegati. – 3. Polizze abbinata ai contratti bancari e tutela della trasparenza, del diritto all'informativa, della correttezza nella intermediazione di prodotti assicurativi. – 4. Tutela del cliente, interventi sanzionatori della Autorità di controllo e *Private Enforcement*.

1. La direttiva IDD – direttiva (UE) 2016/97 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 gennaio 2016 sulla distribuzione assicurativa segna, in linea con la direttiva MiFID2 2014/65/CE, determina un passaggio dai *fiduciary duties* alla *suitability rules*¹ ovvero un passaggio dagli obblighi che nascono dal rapporto fiduciario tra l'intermediario e/o l'assicuratore e il cliente nella distribuzione del prodotto [tra cui obblighi di consulenza e informativa volti a corroborare il consenso prestato dal cliente] a un obbligo a fornire al cliente un prodotto che risponda alle sue esigenze, obbligo che vede necessariamente un'interazione di assicuratore e intermediario nella *product governance*.

All'art. 20 di IDD si richiede che «qualsiasi contratto proposto deve essere coerente con le richieste e le esigenze assicurative del cliente». Si tratta di un obbligo che l'art. 20 pone a carico di assicuratore e di intermediario in quella logica di co-gestione del «prodotto assicurativo» che porta a vedere in una chiave unitaria le fasi della produzione e distribuzione.

L'art. 20 è completato da quanto previsto dall'art. 30 ove si prevede che «fatto salvo l'articolo 20, paragrafo 1, quando effettua una consulenza su un prodotto di investimento assicurativo, l'intermediario assi-

* Il presente saggio sarà pubblicato anche sulla rivista *Journal of Law Brasil the Insurance Federation*, 2016, f. 1.

¹ A. PERRONE, *Servizi d'investimento e regole di comportamento dalla trasparenza alla fiducia*, in *Banca Borsa e Titoli di Credito*, 2015, 1, p. 23; S. MORLINO, *La product governance nel nuovo regime MiFID 2*, in *Diritto Bancario*, 2015 D. IMBRUGLIA, *Regole di adeguatezza e validità del contratto*, in *Europa e diritto privato*, 2016, p. 335 ss.

curativo o l'impresa di assicurazione ottengono altresì le informazioni necessarie in merito alle conoscenze ed esperienze del cliente o potenziale cliente nell'ambito di investimento rilevante per il tipo specifico di prodotto o servizio, alla sua situazione finanziaria, tra cui la sua capacità di sostenere perdite, e ai suoi obiettivi di investimento, inclusa la sua tolleranza al rischio, al fine di consentire all'intermediario assicurativo o all'impresa di assicurazione di raccomandare al cliente o potenziale cliente i prodotti di investimento assicurativi che siano adatti a lui e, in particolare, siano adeguati alla sua tolleranza al rischio e alla sua capacità di sostenere perdite [...].

La direttiva rinvia poi ad atti delegati della Commissione Europea, che con ogni probabilità saranno emanati in forma di regolamento con efficacia quindi diretta ed orizzontale negli Stati membri, per determinare i criteri per valutare la adeguatezza e la idoneità [appropriatezza]. Si dice infatti al comma 6 dell'art. 30 che alla Commissione è conferito il potere di adottare atti delegati per precisare ulteriormente in che modo gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione devono rispettare i principi di cui al presente articolo quando svolgono attività di distribuzione assicurativa per i loro clienti, anche in relazione alle informazioni da ottenere nel valutare l'idoneità o l'adeguatezza dei prodotti di investimento assicurativi per i loro clienti.

Qualora l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione ritenga, sulla base delle informazioni ottenute a norma del primo comma, che il prodotto non sia adatto al cliente o potenziale cliente, l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione lo avverte di tale situazione. Quest'avvertenza può essere fornita utilizzando un formato standardizzato.

L'art. 30 disciplina anche l'eventualità che il cliente non voglia rispondere alle domande contenute nel questionario sull'adeguatezza. Qui si prevede che «Qualora i clienti o potenziali clienti non forniscano le informazioni di cui al primo comma oppure forniscano informazioni insufficienti circa le loro conoscenze ed esperienze, l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione li avverte che non è in grado di determinare se il prodotto sia adatto a loro. Quest'avvertenza può essere fornita utilizzando un formato standardizzato». La dizione è quindi in parte diversa da quella di cui all'art. 52 IV comma del regolamento Ipass 5/2006 e dell'art. 42 Reg. 16190/2007 Consob ove si prevede che «il rifiuto di fornire una o più informazioni richieste deve risultare da apposita dichiarazione, da allegare alla proposta sottoscritta dal contraente nella quale è inserita specifica avvertenza riguardo la circostanza

che il rifiuto del contraente di fornire una o più informazioni pregiudica la capacità di individuare il contratto adeguato alle sue esigenze».

In queste disposizioni pare contenuta la regola «*Disclosure or abstain*» per cui se il cliente non dà le informazioni che rendono possibile la valutazione dei suoi profili di adeguatezza e idoneità, l'intermediario non può offrirgli il prodotto adeguato e deve astenersi dal portare a conclusione il contratto. Questo vuol dire che non si può procedere alla conclusione del contratto anche ove il cliente manifesti una cosciente intenzione di procedere alla stipulazione in ogni caso in quanto non si ha certezza che il contratto sia adeguato?

Sul punto la nostra giurisprudenza [si tratta di una giurisprudenza relativa a casi di intermediazione finanziaria comunque rilevante per comprendere come potranno atteggiarsi i nostri giudici in futuro], pur non riconoscendo un obbligo per i clienti a rilasciare informazioni e un obbligo per l'intermediario, in caso di mancata disclosure, ad astenersi dal portare a conclusione il contratto, afferma che l'obbligo di valutare l'idoneità e la adeguatezza non viene meno in caso di mancata risposta del cliente. Si dice infatti che «In tema di intermediazione finanziaria, la mancata offerta di informazioni da parte del cliente certo non esime [l'intermediario] dal dovere di capire l'atteggiamento e i bisogni di investimento del cliente, né dal fornire tutte le informazioni idonee a consentire al cliente di addivenire ad imparare consapevolmente l'ordine di acquisto, essendogli note caratteristiche, tipologie e rischi connessi all'investimento. [L'intermediario] è anche tenuto a valutare comunque l'adeguatezza dell'operazione, nel qual caso quella valutazione va condotta in base ai principi generali di correttezza e trasparenza, tenendo conto di tutte le notizie di cui l'intermediario sia in possesso come, ad esempio, l'età, la professione, la presumibile propensione al rischio alla luce delle operazioni pregresse e abituali, la situazione di mercato».

Per quanto la direttiva debba ancora essere integrata dagli atti delegati della Commissione e recepita dalla legge nazionale, può già dirsi che porterà ad una maggiore attenzione nel «governo del prodotto» con specifici obblighi volti ad individuare per ogni prodotto il mercato di riferimento e ad adeguare la produzione alle esigenze assicurative e previdenziali in essere.

Uno degli articoli più innovativi della direttiva IDD rispetto alla di-

² Trib. Prato, 18.05.2016, n. 490 in www.dejure.it.

strutturazione di prodotti assicurativi è l'art. 25 in cui si trovano espliciti i contenuti della *Products Oversight Governance*.

L'articolo 25 prevede infatti che sia le imprese sia gli intermediari adottino e gestiscano specifiche procedure volte alla preventiva approvazione e definizione dei relativi contenuti così come di ogni modifica significativa prima della commercializzazione. Tali procedure dovranno includere: analisi del mercato di riferimento, della strategia di distribuzione; adozione di misure di verifica: adozione di criteri di revisione periodica, tanto dei prodotti che della procedura stessa, per garantire la costante adeguatezza del prodotto alle esigenze del mercato.

Indicazioni relativamente a cosa debba intendersi per individuazione del target market sono rinvenibili nelle linee guida di Eioipa. A Marzo 2016 Eioipa ha pubblicato un documento indirizzato alle autorità di controllo nazionali che mira a dare indicazioni su come procedere nel periodo transitorio tra l'emancipazione e la trasposizione nella legge nazionale della diretta IDD. «Gli orientamenti preparatori» si legge al punto 1.1. delle linee guida «sono stati emanati al fine di istituire prassi di vigilanza uniformi, efficienti ed efficaci con riguardo alle disposizioni in materia di governo e controllo del prodotto previste dall'articolo 25 dell'IDD, in attesa che tali disposizioni contenute nell'IDD siano pienamente applicabili».

Con riferimento all'individuazione del target market qui si precisa che: «Orientamento 5 – Mercato di riferimento»

1.27. Il produttore dovrebbe prevedere, nelle proprie disposizioni in materia di governo e controllo del prodotto, alcune misure idonee a individuare il mercato di riferimento adeguato ad un prodotto.

1.28. Il produttore dovrebbe ideare e immettere sul mercato unicamente prodotti con determinate caratteristiche e attraverso canali di distribuzione individuati corrispondenti agli interessi, agli obiettivi e alle specificità del mercato di riferimento.

1.29. Nel decidere se un prodotto risponda o meno agli interessi, agli obiettivi e alle caratteristiche di un particolare mercato di riferimento, il produttore dovrebbe considerare il livello di informazioni disponibili nel mercato di riferimento nonché il grado di capacità finanziaria e alfabetizzazione del mercato di riferimento.

1.30. Il produttore dovrebbe altresì individuare i gruppi di clienti rispetto ai quali il prodotto potrebbe non rispondere ai loro interessi, obiettivi e caratteristiche.

È frequente che ai clienti di istituti di credito venga proposta la stipulazione di contratti assicurativi. Il fenomeno presenta una notevole

varietà: in alcuni casi la stipulazione del contratto assicurativo è obbligatoria ai fini della stipulazione del contratto bancario (si pensi al caso di polizze vita richieste al momento dell'apertura di un mutuo), in altri è una mera facoltà del cliente.

I contratti di assicurazione in tali ipotesi possono presentare collegamenti funzionali rispetto al contratto bancario – che possiamo individuare nominalmente come «principale» – in quanto il rischio coperto sorge dalla stipulazione di quest'ultimo.

Le polizze abbinate ai finanziamenti di banche e altri intermediari finanziari (PPF – *Payment Protection Insurance*) hanno lo scopo di proteggere il cliente da eventi pregiudizievoli che possano limitare la sua capacità di rimborso del finanziamento. Si tratta pertanto di polizze che mirano a coprire il rischio per il cliente di non poter onorare il suo debito verso la banca. In tal modo le polizze dovrebbero non solo garantire l'istituto di credito rispetto a possibili default del proprio debitore, ma anche garantire il debitore dall'impossibilità di pagare il proprio debito con conseguenze dal punto di vista patrimoniale [ad esempio, esecuzione immobiliare sull'immobile oggetto di ipoteca in caso di mutuo ipotecario].

Si può però trattare anche di coperture che non sono collegate funzionalmente al contratto principale, come nel caso della copertura del rischio di responsabilità del padre di famiglia venduta in abbinamento all'apertura di un conto corrente bancario.

In Italia il fenomeno delle polizze collegate ai mutui ha dato vita ad interventi volti ad evitare che l'assicurato si trovasse a stipulare contratti che non erano di suo interesse e che la banca offriva in confitto di interessi con il proprio cliente [si pensi alla Banca che obbliga il proprio mutuatario a stipulare una polizza vita con una compagnia di assicurazione appartenente al suo stesso gruppo].

Ivass (Autorità italiana di controllo del mercato assicurativo), all'interno del provvedimento 2946/2011, che ha introdotto il comma 1 bis dell'art. 46 del Reg. 5/2006, ha vietato alle banche e a qualsiasi istituto che eroga mutui di essere intermediari e beneficiari di una polizza assicurativa collegata ad un mutuo. L'articolo 36 bis del d.l. 24.1.2012, n. 1 detto «Salva Italia» considera espressamente scorretta la pratica commerciale che obbliga il cliente alla sottoscrizione di una polizza assicurativa erogata dalla stessa banca, istituto o intermediario che concede il mutuo. L'articolo 28 inserito nel d.l. del 24 gennaio 2012, convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27, sancisce inoltre che, se l'erogazione del mutuo è condizionata alla stipula di un'assicurazione sulla vita, gli in-

intermediari sono tenuti a sottoporre al cliente almeno due preventivi di due differenti gruppi assicurativi.

È inoltre importante ripercorrere le osservazioni compiute da Corrado Baldinelli su «regolamentazione e autoregolamentazione. La tematica delle PPI»³.

Il segretario generale Ivass ha focalizzato la propria attenzione in particolare su: possibili conflitti in caso di prodotti venduti dalle Banche ai propri correntisti laddove la compagnia faccia parte del gruppo bancario o si tratti di polizze emesse dalle banche. L'attenzione in questi casi è posta sulla determinazione delle provvigioni.

È stata messa all'indice la «vendita di prodotti assicurativi fatui» ovvero non adeguati. Ad esempio una polizza che comprenda delimitazioni del rischio che finiscono per rendere i contraenti [o gli assicurati] inassicurabili in termini di rischio o che finiscono per rendere inoperativa in concreto la copertura [si pensi ad oneri di difficile attuazione e inutili, addossati all'assicurato o al beneficiario ai fini della soddisfazione del proprio credito indennitario]. Temiamo presente che sul punto vi è stato un importante recente intervento della Suprema Corte la quale ha dichiarato vessatorie, e quindi nulle, le clausole che impongono particolari oneri al beneficiario di polizze vita [prodotti tipicamente venduti in abbinamento a contratti di finanziamento]⁴.

L'autorità di controllo ha poi messo all'indice la vendita di una pluralità di coperture secondo un combinato standardizzato che non risponde alle esigenze del singolo contraente/assicurato.

³ La relazione è leggibile sul sito Ivass: www.ivass.it.

⁴ Cass. 20 agosto 2015 n. 17024, in *Giust. Civ. Mass.* 2015. Il caso a cui si fa riferimento è appunto quello di un beneficiario che si è visto rifiutare l'indennizzo da parte della compagnia dell'assicurazione sulla vita stipulata dal caro deceduto. La compagnia sosteneva infatti di non aver ricevuto tutti i documenti relativi ad ogni passaggio dell'iter burocratico messo in piedi ad hoc dall'agenzia.

È per queste ragioni che, dopo il ricorso, la Cassazione ha dato ragione al beneficiario della polizza, eliminando tutte le clausole vessatorie, perché:

1. non è possibile obbligare a formulare la richiesta su un modello prestampato e predisposto dall'assicuratore (in materia di obbligazioni vige la libertà delle forme);
2. l'obbligo di recarsi esclusivamente presso l'agenzia di competenza;
3. l'obbligo di presentazione di relazione medica sulla morte del contraente la polizza;
4. l'obbligo di produzione di tutte le cartelle cliniche dei ricoveri anche di anni addietro;
5. l'onere di produrre atto notorio dell'auto di successione;
6. l'obbligo di presentare l'originale della polizza.

A tali osservazioni sono seguite iniziative, apprezzate dall'Authority, di autoregolamentazione con protocolli di intesa sottoscritti da soggetti portatori di interessi confliggenti.

Più recentemente, nella propria lettera al mercato del 26 agosto 2015, Ivass ha individuato le seguenti criticità in caso di polizze abbinata a contratti di finanziamento:

1. contratti assicurativi caratterizzati da esclusioni, limitazioni e carenze tali da ridurre significativamente la portata delle garanzie;
2. modalità di offerta dei contratti non sempre improntate a canoni di trasparenza e correttezza;
3. costi che potrebbero essere eccessivi e poco giustificati.

L'autorità italiana ha irrogato sanzioni ed è intervenuta con un atto qualificabile in termini di *Soft Law*⁵ ovvero di un documento di di-

⁵ Il termine *soft law* viene fatto risalire alla dottrina internazionalista degli anni '80 (R.R. BAXTER, *International law in «Her infinite variety»*, in 29 *ICLQ*, 1980 F. SNYDER, *Soft law and the Institutional Practices in the European Community*, in S. Martin, *The construction of Europe: Essays in honor of Emile Noel*, Dordrecht, 1994, p. 197). Gli storici fanno notare come l'idea di un diritto non avente una forza cogente in senso stretto trovi in realtà riconoscimento già nel diritto romano. Qui il diritto giurisprudenziale trova il suo fondamento nell'autorevolezza dei giuristi che ne sono espressione (V. T. GIARO, *Dal Soft law moderno al soft law antico*, in *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, a cura di A. Somma, Torino, 2009, p. 83).

M.R. FERRARESE, *Soft law: funzioni e definizioni*, in *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, cit., p. 71 ss. individua in *primis* «l'identità giuridica» della *soft law* che identifica:

- nella rinuncia alla forza cogente della legge;
- nella «capacità di produrre effetti pratici», spostandosi dall'idea di validità ed efficacia all'idea di effettività;
- nel passaggio dalla forma alla sostanza. Gli effetti sono prodotti non in ragione di una rispondenza alla forma predicata dalle fonti istituzionali ma in ragione della «funzione come risultato, come effettività»;
- nel passaggio dallo Stato alla Governance propria della globalizzazione di un diritto a-céfalo, transnazionale e sovranazionale proprio della crisi dello «liquidità», intesa come perdita del senso di appartenenza ad una comunità istituzionalizzata, dell'età della globalizzazione.

Per quanto concerne lo scopo della *Soft Law* B. PASTORE, *Il soft law nella teoria delle fonti*, in *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, cit., p. 117 ss. individua vari fini nella *soft law*:

- pre *law* come strumento preparatorio ad atti giuridici vincolanti
 - post *law* interpretazione, implementazione ecc. degli atti giuridici vincolanti
 - para *law* strumenti alternativi alla legge non vincolanti.
- B. PASTORE (p. 123) parla anche di «normatività graduata». La *soft law* è parte del processo di normativizzazione ed è fonte del diritto in quanto idonea a produrre effetti giuridici ovvero a dettare regole idonee a risolvere i casi. «Il diritto appare come

sposizioni di contenuto non vincolante bensì meramente espressivo degli orientamenti interpretativi che Ivass potrà seguire nell'irrogare sanzioni. Riteniamo che, come avremo modo di sottolineare nel prosieguo del discorso, al di là dei possibili interventi sanzionatori da parte dell'Autorità Indipendente, siano possibili anche azioni dei clienti insoddisfatti davanti ai giudici ordinari, i quali potranno a loro volta tenere conto di tali indicazioni interpretative.

Se l'intento di Ivass era quello di dar vita ad una regolamentazione in via di *soft law* allora anche il meccanismo sanzionatorio dovrebbe essere «*soft*» consentendo una maggiore interazione tra controllore e controllati anche al fine di trovare soluzioni più adeguate al caso concreto. Diversamente si avrebbe soltanto un intervento in via regolamentare dettato al di fuori delle regole del procedimento amministrativo previste per l'esercizio del potere regolamentare.

La soluzione «*soft*» potrebbe essere quella del meccanismo espresso nella formula «*complaint or explain*» per cui se non si riesce a raggiungere un livello di conformità adeguato *ex ante* alle linee guida indicate si dovrà trovare una via correttiva *ex post* rispettosa degli interessi in gioco anche per il futuro.

2. Il termine economico «polizze abbinate» richiama in realtà un istituto giuridico complesso con rilevanti risvolti applicativi: il collegamento negoziale⁶.

un tessuto, una rete di interrelazione, dove regolazioni morbide, fluide ed elastiche convivono con discipline pienamente obbligatorie» (p. 130).

⁶ Il collegamento negoziale è una categoria giuridica di creazione prevalentemente dottrinale. M. GIORGIANNI, *Negozi giuridici collegati*, in *Riv. it. sc. giur.*, 1937, p. 71; R. SCOGNAMIGLIO, voce *Collegamento negoziale*, in *Enc. dir.*, 1960, VII, p. 375; C. COLOMBO, *Operazioni economiche e collegamento negoziale*, Padova, 1999, p. 31; G. FERRANDO, *I contratti collegati: principi della tradizione e tendenze innovative*, in *Contratto e Impresa*, 2000, p. 127.

In giurisprudenza *ex plurimis* Cass. 18 luglio 2003, n. 11240, in *Giur. it.*, 2004, p. 739; Cass. 12 luglio 2005, n. 14611, in *Mass. Foro it.*, 2005; Cass. 18 settembre 2012, n. 15640, in *Contratti*, 2013, 339 con nota F. BARTOLINI, *Collegamento negoziale e interpretazione (soggettiva) del contratto*: «Questa corte ha più volte affermato che le parti, nell'esplicazione della loro autonomia negoziale, possono, con manifestazioni di volontà espresse in uno stesso contesto ovvero in tempi diversi, dar vita a più negozi distinti ed indipendenti ovvero a più negozi tra loro collegati ed accertare l'esistenza, la natura, l'entità, le modalità e le conseguenze di un collegamento funzionale tra negozi realizzato dalle parti costituendo apprezzamento del giudice del merito che, se condotto nel rispetto dei criteri di logica ermeneutica e di corretto apprezzamento delle risultanze di fatto, si sottrae al sindacato di legittimità. In particolare, ove si tratti di una

Nel caso di un collegamento funzionale tra i due contratti sul piano degli effetti si attuerà quanto espresso nel noto brocardo «*simul stabunt simul cadent*»⁷. Nelle ipotesi considerate abbiamo però in genere un collegamento funzionale unilaterale, in cui il contratto secondario [nel caso di specie quello assicurativo] trova ragione nel contratto principale [nel caso di specie i contratti bancari] e non viceversa, talché solo la caduta del contratto principale farà venir meno le ragioni della garanzia per cessazione del rischio, ma non potrà verificarsi l'inverso.

Così laddove il contratto di assicurazione sia volto a coprire solo il rischio di una impossibilità per il debitore di onorare il debito contratto verso la Banca mutuante, il venir meno del contratto di mutuo dovrebbe far venir meno anche il contratto di assicurazione, ma non viceversa.

Quid iuris però ove la polizza sia obbligatoria per i mutuatari? Ritenere che in tal caso si estingua anche il contratto di mutuo con obbligo alla restituzione del capitale e degli interessi mi parrebbe irragionevole e quindi contrario alla buona fede nella esecuzione dei contratti.

Nel caso in cui il mutuo includa un obbligo alla stipula di determinate polizze PPI, il venir meno della polizza dovrebbe semplicemente importare l'obbligo per il cliente di stipulare una nuova polizza in un termine congruo. Ove tale eventualità non sia prevista da contratto dovrebbe ritenersi inclusa in base alle regole di cui appunto all'art. 1375 c.c.

Parimenti contraria alla regola di buona fede nella esecuzione del contratto risulterebbe una rigida applicazione della regola del collegamento unilaterale in base alla quale l'estinzione, ad esempio, del mutuo farebbe venir meno la copertura assicurativa automaticamente. Una simile conclusione dovrebbe tener conto del rischio in concreto coperto e della sua vigenza anche dopo la fine del rapporto di mutuo. Ove poi nella polizza fosse espressamente prevista l'estinzione della copertura al momento della estinzione del mutuo, si tratta di una previsione che ri-

pluralità di negozi connessi, il collegamento deve ritenersi occasionale quando le singole dichiarazioni, strutturalmente e funzionalmente autonome, siano solo causalmente riunite, mantenendo l'individualità propria di ciascun tipo negoziale in cui esse si inquadrano, sicché la loro unione non influenzerà la disciplina dei singoli negozi in cui si sostanziano. Il collegamento è invece funzionale quando i diversi e distinti negozi, cui le parti danno vita nell'esercizio della loro autonomia negoziale, pur conservando l'individualità propria di ciascun tipo negoziale, vengono tuttavia concepiti e voluti come avvenuti teleologicamente da un nesso di reciproca interdipendenza, per cui le vicende dell'uno debbono ripercuotersi sull'altro, condizionandone la validità e l'efficacia».

⁷ V. *supra* nota 1.

guarda la durata della garanzia e quindi l'oggetto. Non risulta suscettibile di dichiarazione di vessatorietà purché l'indicazione risponda ai canoni di chiarezza e comprensibilità [art. 34 codice del consumo - d.lg. 206/2005⁸] e purché il cliente risulti di ciò informato anche attraverso l'uso di caratteri evidenti in polizza.

Il collegamento avrà incidenza anche rispetto ai profili interpretativi dei contratti in esame. Spesso la conoscenza del contenuto della polizza presuppone la conoscenza del contenuto del contratto «principale», condizione di cui si deve dar rilievo anche a livello interpretativo⁹. Così nel caso di assicurazioni danni agli edifici su cui è costituita ipoteca in caso di mutuo ipotecario l'oggetto della copertura deve coincidere con il bene concesso in ipoteca e con i rischi ad esso relativi.

Ove possibile in via di interpretazione/ integrazione secondo buona fede [art. 1366 c.c.] e secondo la regola dell'interpretazione contro il predisponente [art. 1370 c.c.], nel caso di specie l'assicuratore, dovrebbe

⁸ Sul punto si veda la recente sentenza della CJCE: «L'articolo 4, paragrafo 2, della direttiva 93/13/CEE del Consiglio, del 5 aprile 1993, concernente le clausole abusive nei contratti stipulati con i consumatori, deve essere interpretato nel senso che una clausola stipulata in un contratto di assicurazione e intesa a garantire la presa a carico delle rate dovute al mutuatario in caso di inabilità totale al lavoro del mutuatario rientra nell'ambito dell'eccezione contenuta in questa disposizione solo nei limiti in cui il giudice del rinvio constata:

– da un lato che, tenuto conto della natura, dell'economia generale e delle stipulazioni dell'insieme contrattuale di cui la clausola fa parte nonché del suo contesto giuridico e fattuale, tale clausola fissa un elemento essenziale del suddetto insieme che, in quanto tale, caratterizza quest'ultimo e,

– dall'altro, che detta clausola è redatta in modo chiaro e comprensibile, vale a dire che essa è non soltanto intelligibile per il consumatore sul piano grammaticale, ma anche che il contratto espone in modo trasparente il funzionamento concreto del meccanismo al quale la clausola si riferisce nonché la relazione tra tale meccanismo e quello prescritto da altre clausole, in modo che il consumatore sia posto in grado di valutare, sul fondamento di criteri precisi e intelligibili, le conseguenze economiche che gliene derivano.» Così CJCE 23 aprile 2015 C96/14, Jean-Claude Van Hove contro CNP Assurances SA, con nota S. Landini, «Oggetto oscuro» e tutela del consumatore, in NGCC, 2015, pp. 878-891.

Con riferimento alla vessatorietà ex art. 1341 c.c. delle clausole delimitative della durata recentemente la Suprema Corte ha puntualizzato che «La clausola con cui le parti stabiliscono la durata del rapporto, in un contratto ad esecuzione continuata o periodica, è del tutto normale e conforme alla natura del rapporto, non rientrando, quindi, tra le clausole limitative della possibilità di opporre eccezioni ai sensi dell'art. 1341, comma 2, c.c.» Cass. 03.09.2015, n. 17579, in *Diritto & Giustizia* 2015, 4 settembre.

⁹ Si veda in particolare F. BARTOLINI, *Collegamento negoziale e interpretazione (soggettiva) del contratto*, cit.

essere possibile colmare quei «disallineamenti» tra contratto di assicurazione e contratto di finanziamento denunciati da Ivass nella lettera al mercato di cui sopra. Nelle condizioni di polizza è stata rilevata da Ivass la diffusa presenza di clausole contrattuali che comportano una significativa riduzione delle garanzie rispetto a quelle che ci si potrebbero attendere in ragione del collegamento con il contratto bancario, tra cui: durate delle coperture assicurative non allineate alla durata del finanziamento; periodi di «carenza» e/o di «franchigia» eccessivamente estesi e spesso cumulati tra di loro; un numero di rate rimborsabili dall'impresa di assicurazione inferiore al numero totale delle rate del finanziamento; modalità di determinazione delle somme assicurate non chiare; delimitazioni delle garanzie che, di fatto, «svuotano» di contenuto le coperture assicurative.

Ove non sia possibile colmare in via interpretativa tali disallineamenti, simili condizioni potranno risultare nulle perché finiscono per incidere sulla stessa esistenza in concreto della garanzia assicurativa tenuto conto del suo «abbinamento» al contratto di finanziamento, sempre tenuto conto dell'economia del rapporto e quindi del rapporto rischio/premio¹⁰. La Suprema Corte ha dichiarato, in più occasioni, vessatorie, e quindi nulle, quelle clausole che delimitano il rischio in maniera tale da escludere la stessa funzione di *securum facere* propria del contratto di assicurazione¹¹.

¹⁰ L'equilibrio rischio premio considerato nel 19° considerando della direttiva 93/13 non attuato dai legislatori nazionali e in specie da quello italiano, è stato richiamato nella sentenza della CJCE 23 aprile 2015 C96/14, Jean-Claude Van Hove contro CNP Assurances SA, cit. Il diciannovesimo considerando della direttiva 93/13 prevede che, nei contratti di assicurazione, le clausole che definiscono o delimitano il rischio assicurato e l'impegno dell'assicuratore non formano oggetto di una valutazione del carattere abusivo, ove i limiti in questione siano presi in considerazione nel calcolo del premio pagato dal consumatore.

Nel caso in esame, non può essere escluso che la clausola «incriminata» delimiti il rischio assicurato, e di conseguenza l'impegno dell'assicuratore, fissando la prestazione essenziale del contratto di assicurazione.

Conclude la Corte che, se il giudice del rinvio dovesse affermare che la clausola in esame fa parte dell'oggetto principale del contratto, egli dovrà altresì verificare che la suddetta clausola sia redatta dal professionista in maniera chiara e comprensibile (v. in tal senso, Corte di Giustizia EU 2.6.2010, n. 309, causa C-484/08 nonché Corte di Giustizia EU 30.4.2014, n.282, causa C-26/13 tutte leggibili in <http://curia.europa.eu>).

¹¹ Così nella sentenza Cass. 7.4.2010, n. 8235, in *Foro it.*, 2010, c. 2413. Va detto che più recentemente per contro la Suprema Corte sembra aver adottato un atteggiamento più restrittivo rispetto alla controllabilità di tali condizioni. Si è affermato infatti che «qualora le parti del contratto abbiano espressamente subordinato l'operatività della

Infine il collegamento negoziale tra tali contratti ha incidenza sul procedimento di formazione del contratto di assicurazione che in genere sarà stipulato in forma collettiva dal contraente (la Banca), secondo la formula della assicurazione per conto *ex art.* 1891 c.c.¹². I clienti della Banca diverranno assicurati attraverso la sottoscrizione di un modulo di adesione.

Il contratto per conto è disciplinato in Italia dall'art. 1891 ove si attribuiscono obblighi derivanti da contratto al contraente, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere da lui adempiuti perché riferiti ad attività eseguibili solo dall'assicurato. Il riferimento è in garanzia assicurativa all'adozione, da parte dell'assicurato, di determinate misure di sicurezza, il giudice non può sindacare la loro concreta idoneità ad evitare l'evento dannoso... dette clausole, infatti, subordinando il diritto dell'assicurato all'indennizzo all'adozione di specifiche misure di difesa del bene protetto, non realizzano una limitazione di responsabilità dell'assicuratore, ma individuano e delimitano l'oggetto stesso del contratto ed il rischio dell'assicuratore stesso: così Cass., 28.04.2010, n. 10194, in *Mass. Foro It.*, 2010.

In precedenza si ricorda la Cass., 21.10.1994 n.8643, in *Dir.ed econ. assicuraz.*, 1995, 923 con nota di NERI, *Sulla qualificazione giuridica delle clausole delimitative della responsabilità* si legge che «Il patto di polizza, il quale neghi per una determinata situazione la copertura assicurativa, esula dalla mera delimitazione dell'oggetto della garanzia, e si traduce in esclusione della responsabilità dell'assicuratore, ai sensi ed agli effetti dell'art. 1341 cod. civ. ove identifi chi detta situazione non sulla base di evenienze fenomeniche, oppure dell'inosservanza dell'assicurato a regole di comune diligenza o di specifica normativa disciplinante la sua attività, ma sulla base della mancanza di iniziative dell'assicurato medesimo d'impossibile o particolarmente difficile attuazione; in tale caso, infatti, la relativa previsione assume i connotati della deroga all'impegno assunto dall'assicuratore con il contratto, perché lo limita in dipendenza di circostanze che si verificheranno necessariamente, e che, quindi, sconfiggono della pura eventualità (idonea a differenziare i rischi garantiti da quelli «scoperti»).» Sul punto in dottrina si veda F. BENATTI, *Clausole di esonero della responsabilità*, in *Dig. Civ.*, II, Torino, 1988, p. 403.

¹² L'assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta costituirebbe «una vicenda negoziale sui generis di contratto a favore di terzo», a cui si applicano tanto le norme proprie dell'istituto *ex art.* 1411 ss. del codice civile, quanto quelle del contratto di assicurazione nella parte in cui derogano ai principi generali dettati dalla legge per il contratto a favore di terzo. Così Cass., 04.05.2005, n. 9284, in *Mass. Foro It.*, 2005; Cass., 05.06.2007, n. 13058, *ivi*. In dottrina sul punto DE MICHEL, *Assicurazione contraente all'atto della stipulazione di un contratto di assicurazione e la volontà di ottenere la copertura di un rischio per conto altrui o di chi spetta*, in *Dir. ed econ. assicuraz.*, 1994, p. 759; F. SMIRALDO, *Ancora in tema di assicurazione per conto di chi spetta*, in *Dir. trasporti*, 1995, p. 177; S. FERRARINI, *Le assicurazioni marittime*, Milano, 1991, p. 225; CAPPONI, *Il contratto di assicurazione per conto di chi spetta (con particolare riferimento all'assicurazione di merci viaggianti)*, in *Giust. civ.*, 1990, II, p. 160.

particolare all'obbligo di fornire all'assicuratore indicazioni veritiere sullo stato del rischio *ex art.* 1892 c.c.¹³, all'obbligo di riferire all'assicuratore eventuali aggravamenti del rischio *ex art.* 1898 c.c.

In tal caso è da rilevare come l'acquisizione di informazioni sullo stato di salute del proprio cliente risultano compiute secondo modalità standardizzate che non consentono all'assicurato di rispondere con precisione e piena consapevolezza. Da qui i frequenti rifiuti di pagare l'indennizzo da parte dell'assicuratore per dichiarazioni false e reticenti di cui ci andremo ad occupare tra breve¹⁴.

¹³ Si veda inoltre quanto previsto all'art. 1894 c.c. «Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893».

¹⁴ Ivass nella lettera al mercato di agosto 2015 già citata evidenzia come:

«Le citate segnalazioni mettono in evidenza che spesso i profili di inassicurabilità del cliente o di non operatività delle garanzie, che dovrebbero essere presi in esame al momento assunto, vengono, invece, excepti solo al momento della fase liquidativa per rifiutare il pagamento della prestazione.

Tali criticità appaiono connesse con il diffuso utilizzo di una «dichiarazione di buono stato di salute» prestampata da far firmare all'assicurato, in luogo di un questionario sanitario che offra all'assicurato la possibilità di rendere risposte consapevoli e meditate sul proprio stato di salute.

L'utilizzo di tale dichiarazione – di cui è stata riscontrata la presenza solo nei PPI e non anche nelle polizze vita vendute standing alone – sembra rispondere soprattutto alle logiche di collocamento dei distributori, che spingono per la massima semplificazione della trattativa e del processo assuntivo.

In altri casi, è emersa la sottoposizione al cliente di un questionario sanitario più articolato, le cui risposte risultano però essere state «precompilate» dall'applicativo informatico e sottoposte alla firma del cliente per mera accettazione.»

Siamo in presenza di ipotesi in cui non è stata fatta un'attenta valutazione dell'assicurabilità dell'assicurato per causa imputabile all'assicuratore.

La soluzione prospettata da Ivass sempre nella lettera al mercato di Agosto 2015 è che le imprese di assicurazione e i loro intermediari (le Banche) «prevedano una specifica intervista al cliente ai fini della rilevazione dello stato di salute. È in capo all'impresa l'onere di verificare l'assicurabilità del rischio prima di concludere il contratto e riscuotere il premio. In particolare, si ritiene necessaria la sostituzione della dichiarazione di buono stato di salute prestampata con un questionario sanitario che consenta all'assicurato di rappresentare in maniera consapevole il suo stato di salute e di indicare eventuali malattie pregresse, nonché l'adozione di specifici presidi per evitare che la compilazione del questionario avvenga in forma automatizzata da parte del distributore durante il processo di collocamento. Qualora, per finanziamenti di importi molto esigui le imprese ritengano di non procedere alla valutazione dello stato di salute mediante questionario, ci si attende che si orientino a non ricomprendere la valutazione dello stato di salute fra le condizioni di assicurabilità; conseguentemente, non dovranno essere previste esclusioni connesse con eventuali patologie pregresse. Relativamente ai

L'art. 1891, co. 3, c.c. prevede che all'assicurato siano opponibili le eccezioni derivanti dal contratto e quelle relative agli obblighi procedurali da rispettare pena la decadenza dal diritto all'indennità anche se tali eccezioni non erano conosciute dall'assicurato¹⁵.

Il punto è che l'assicurato, non essendo parte del contratto, potrebbe non conoscere i contenuti del contratto¹⁶.

Al di là degli obblighi di informativa a carico delle imprese e degli intermediari specificatamente previsti nei regolamenti delle Autorità di controllo¹⁷ e delle possibili sanzioni irrogabili dalle Autorità stesse, con riferimento alle conseguenze sul piano della disciplina di diritto privato, la nostra giurisprudenza ha trovato una soluzione al problema appli-

cati già stipulati, per i casi in cui gli assicurati non siano stati messi nelle condizioni di esprimere compiutamente la loro situazione sanitaria pregressa e sorgano contestazioni sul punto, ci si attende che le imprese adottino una politica liquidativa tesa a favorire il pagamento della prestazione».

Problemi analoghi si hanno anche con riferimento alle polizze per la copertura della perdita del lavoro in cui, nel momento dell'offerta del prodotto, non si è valutato se l'assicurato aveva le condizioni per la propria assicurabilità.

¹⁵ «Nell'assicurazione stipulata dal datore di lavoro a favore dei lavoratori, come nel contratto di assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta, secondo l'art. 1891, 3° comma, c.c., all'assicurato sono opponibili, a prescindere dalla conoscenza o meno che egli ne abbia avuta, le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto e, di conseguenza, anche quelle relative agli obblighi procedurali tali da rispettare per non incorrere in decadenza»: così Cass., 08.08.2003, n. 12024, in *Mass. Foro it.*, 2003. In senso analogo più recentemente la Suprema Corte ha affermato che «nell'assicurazione per conto di chi spetta, come nell'assicurazione per conto altrui, poiché il diritto dell'assicurato nasce così come lo aveva costituito lo stipulante, sono a lui opponibili da parte dell'assicuratore le stesse eccezioni di carattere reale opponibili al contraente in dipendenza del contratto assicurativo, mentre sono inopponibili all'assicurato le eccezioni che sono estranee al contratto e quelle personali ai precedenti titolari dell'interesse assicurato o al solo contraente»: così Cass., 28. 10.2009, n. 22809, in *Mass. Foro it.*, 2009. Sarebbe pertanto eccezionale all'assicurato il mancato pagamento del premio da parte del contraente.

¹⁶ Cfr. L.V. MOSCARINI, *Il contratto a favore di terzi*, in *Comm. Schlesinger*, Milano, 1997, p. 4 ss. Con riferimento al problema della opponibilità all'assicurato, nell'assicurazione a favore, degli oneri e obblighi accessori: N. CASPERONI, *Apposizione di oneri al beneficio nel contratto a favore di terzo*, in *Assicurazioni*, 1955, I, p. 30 ss. ritiene che siano opponibili al terzo soltanto oneri. In senso contrario A. GENOVESE, *Gli obblighi del terzo beneficiario nell'assicurazione vita*, in *Giur. it.*, 1953, II, p. 865 ss.; A. LA TORRE, *Sull'opponibilità delle clausole limitative al terzo beneficiario del contratto*, in *Assicurazioni*, 1960, II, p. 32. Questi ultimi ritengono infatti che siano applicabili all'assicurato sia oneri che obbligazioni accessorie al diritto da questi acquistato in virtù della stipulazione.

¹⁷ Vedi in specie Regolamento Ivass. 5/2006 e *infra* nota 18.

cando, all'ipotesi *de qua*, il principio di buona fede e riconoscendo in capo al contraente l'obbligo di informare l'assicurato sia delle condizioni contrattuali sia degli eventuali limiti posti *ex contractu* all'esercizio del diritto al pagamento dell'indennità. La violazione dell'obbligo di buona fede [ex art. 1337 c.c., con riferimento all'obbligo di informazioni in fase precontrattuale, ex art. 1375 c.c., con riferimento all'obbligo di informazioni in corso di contratto] comporterebbe l'inopponibilità da parte dell'assicuratore all'assicurato delle eccezioni fondate sul contratto delle quali egli non ha avuto conoscenza¹⁸.

Un percorso argomentativo fondato sempre sull'applicazione della regola di condotta buona fede in fase precontrattuale potrebbe essere applicabile anche laddove ci siano stati difetti di informativa che hanno indotto il cliente a dichiarazioni inesatte o reticenti [ex art. 1892 c.c.]. È il caso del cliente che dichiara un buono stato di salute non sapendo che, ai fini della copertura, il «buono stato di salute» è escluso anche in caso di non gravi patologie pregresse o interventi chirurgici comuni.

L'Ivass, come ribadito nella sopratriciamata lettera al mercato, riceve appunto molti reclami in relazione a sinistri per il caso di morte o invalidità permanente, in cui la prestazione è stata rifiutata dall'impresa sul presupposto che l'assicurato abbia taciuto, all'atto della stipulazione, malattie pregresse che, ove conosciute, avrebbero determinato l'inasscurabilità del rischio [artt. 1892 e 1893 c.c.].

Si evidenzia come spesso i profili di inasscurabilità del cliente o di non operatività delle garanzie, che dovrebbero essere presi in esame al

¹⁸ «Nell'assicurazione per conto di chi spetta o per conto altrui – la cui stipula impedisce al contraente l'esercizio dei diritti derivanti dal contratto, salvo che non vi consenta esplicitamente o implicitamente l'assicurato, che li acquista direttamente, senza la preventiva dichiarazione di voler profittare del contratto – il contraente ha l'obbligo di informare l'assicurato dell'esistenza dell'assicurazione, alla luce della peculiare configurazione della fattispecie contrattuale *de qua*, della conseguente estraneità del terzo beneficiario alla stipulazione, del principio di buona fede nell'esecuzione del contratto, tale obbligo rivestendo, per l'effetto, natura contrattuale (fattispecie in cui un uomo, successivamente ad un prelievo di sangue da lui donato, aveva accusato un malore ed era caduto dalle scale all'interno della struttura emotrasfusionale, assicurata presso apposita società per il ristoro dei danni a terzi; le condizioni della assicurazione non erano state rese note al danneggiato)». Così Cass., 09.04.2009, n. 8670, in *Assicurazioni*, 2009, 2, 305 e in *Assicurazioni*, 2010, 70 (m) con nota di I. Riva, *Il "diritto all'informazione" quale espressione del principio di buona fede nell'esecuzione del contratto di assicurazione*; Cass., 01.04. 2003, n. 4917, in *Giust. civ.*, 2003, I, 1189.

momento assunto, vengono, invece, eccettuati solo al momento della fase liquidativa per rifiutare il pagamento della prestazione.

Tali criticità risultano connesse con il diffuso utilizzo di una «dichiarazione di buono stato di salute» prestampata da far firmare all'assicurato, in assenza di una corretta informativa, che non sia la mera messa a disposizione di una copia nota informativa, in luogo di un questionario sanitario che offra all'assicurato la possibilità di rendere risposte consapevoli e meditate sul proprio stato di salute.

Il diritto all'informazione connesso all'esecuzione di doveri di buona fede nell'esecuzione del contratto, come detto, può rappresentare una soluzione letta unitamente alle regole di settore [art. 182 ss. d.l.g. 209/2005 c.a.p. e Regolamento Ivass 5/2006 sull'intermediazione assicurativa contenente disposizioni anche sull'intermediazione bancaria] che impongono obblighi di informativa a carico degli intermediari¹⁹. Così al fine di verificare se l'informativa vi è stata sarà necessario attenersi alle regole di condotta ivi contenute interpretate in senso sostanziale e non puramente formale avendo riguardo alla funzione della regola e al raggiungimento del risultato cui erano indirizzate.

Nel caso in cui le dichiarazioni inesatte e/o reticenti dell'assicurato siano state determinate da un difetto di informativa, le stesse non saranno opponibili all'assicurato che ha reso simili dichiarazioni senza piena consapevolezza della loro portata. Si pensi al caso dell'assicurato che risponde affermativamente alla generica domanda relativa all'«avere un buono stato di salute», senza sapere, per omessa consegna della nota informativa oppure per difetti redazionali della nota, che tale stato risulta sussistente solo in assenza di patologie anche non gravi come neoplasie benigne.

3. Uno degli aspetti più problematici dei contratti assicurativi collegati a contratti bancari riguarda la chiarezza in merito all'equilibrio economico del contratto. Il collegamento negoziale rende difficile la determinazione del prezzo del prodotto assicurativo che talvolta viene commercializzato come «a titolo gratuito» ancorché oneri all'assicurato siano rinvenibili in specie nel caricamento del prezzo del prodotto principale

¹⁹ Art. 3.3 Regolamento Ivass 5/2006: «È considerata inoltre attività di intermediazione assicurativa la stipulazione di contratti o convenzioni assicurative in forma collettiva per conto di singoli assicurati, qualora questi ultimi sostengano, direttamente o indirettamente, in tutto o in parte, l'onere economico connesso al pagamento dei premi e il soggetto che stipula il contratto o la convenzione percepisca un compenso».

rispetto al suo valore di mercato. Si pensi a piccole coperture offerte ai correntisti.

L'aspetto della effettiva gratuità per l'assicurato ha rilevanza anche sotto il profilo degli obblighi di informativa. Come detto queste polizze sono spesso stipulate nella forma delle assicurazioni collettive per conto ex art. 1891.

L'informativa in caso di polizze collettive ex art. 56 del Regolamento Isvap (ora Ivass) 5/2006 deve essere fornita sia al contraente che all'assicurato, ma la norma non si applica quando il premio è a carico del solo contraente²⁰.

Il collegamento incide sulla corretta esecuzione degli obblighi di informativa anche sotto un differente profilo.

La promozione del prodotto assicurativo si trova ad essere influenzata dalla promozione del prodotto principale talché la correttezza dell'informativa precontrattuale deve essere valutata tenuto conto della complessità del prodotto concepito nel suo legame con il contratto principale e viceversa.

Il tema si lega al problema precedentemente trattato della trasparenza e informativa precontrattuale che dovrebbero rendere l'assicurato in grado di conoscere il contenuto del contratto di assicurazione e di far luce sulla convenienza o meno dei contratti stipulati concepiti nella complessità dell'operazione economica posta in essere.

Diversamente si viene a realizzare una pratica commerciale scorretta laddove la carenza di informativa o di trasparenza abbia indotto l'assicurato-consumatore a stipulare un contratto che altrimenti non avrebbe concluso²¹. Da notare come la disciplina delle pratiche commerciali scorrette di cui agli artt. 18 ss. del codice del consumo d.l.g. 206/2005 sia applicabile al consumatore ovvero alla persona fisica che agisce per scopi

²⁰ In base all'art. 56 «Con riferimento ai contratti in forma collettiva in cui gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, le disposizioni degli articoli 48, 49, co. 2, lett. b, e 51 si applicano nei confronti degli assicurati, oltre che del contraente. La documentazione di cui all'articolo 49, co. 2, lettera b, è consegnata agli assicurati dal contraente». La norma è stata modificata dal Comma modificato dal Provvedimento Isvap n. 2720 del 2 luglio 2009. La versione precedente del comma 1 disponeva: «1. Con riferimento ai contratti in forma collettiva in cui gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, le disposizioni degli articoli 48, 49, commi 1, 2 e 3, 51 e 53 si applicano nei confronti degli assicurati, oltre che del contraente».

²¹ V. *infra* nota 18.

non professionali nonché alle microimprese («entità, società o associazioni che, a prescindere dalla forma giuridica, esercitano un'attività economica, anche a titolo individuale o familiare, occupando meno di dieci persone e realizzando un fatturato annuo oppure un totale di bilancio annuo non superiori a due milioni di euro»). Il codice delle assicurazioni individua una categoria più lata di «contraenti deboli» ovvero l'assicurato, il contraente e il beneficiario che potrebbero anche essere persone non fisiche e/o non agenti per scopi non professionali.

Dal punto di vista della correttezza nella commercializzazione del prodotto, nella suddetta lettera al mercato di Ivass, si evidenzia come le polizze intermedie dalle Banche attraverso il meccanismo della stipulazione per conto non rispondono alle effettive esigenze del singolo cliente essendo prodotti di massa disegnati per una pluralità di assicurati. Le coperture sono spesso multirischio e coprono rischi che riguardano solo una parte degli assicurati. È così possibile che una stessa polizza, verso il pagamento di un unico premio copra rischi propri dei clienti lavoratori dipendenti [perdita del lavoro] e rischi propri dei liberi professionisti [calo del fatturato]. Il fatto è che questo meccanismo, ove correttamente operante attraverso la c.d. «rotazione», dovrebbe consentire di allargare la comunione degli assicurati rispetto ad una certa tipologia di polizza con una notevole riduzione dei premi.

Si tratta peraltro di un meccanismo che presenta analogie con quanto avviene di norma nelle polizze vita, in cui, pur restando costante il premio, il rischio [morte o sopravvivenza] varia necessariamente nel tempo. La corrispondenza tra rischio e premio deve essere valutata nella durata complessiva del rapporto. Così nelle polizze multirischio l'equilibrio rischio/premio deve essere considerato nel complesso delle coperture.

In caso di polizze multi rischio allora il problema si sposta sul lato dell'equilibrio economico del contratto; occorre insomma verificare che l'assicurato non si trovi obbligato a pagare un premio per un rischio che non grava sulla sua posizione anche considerando unitariamente le garanzie offerte. In questo caso, dal punto di vista privatistico, si potrebbe dire che la parte della copertura e il relativo premio riferiti ad un rischio inesistente per il singolo assicurato è nulla ex art. 1895 con obbligo alla restituzione della parte del premio pagata in eccesso²².

²² Nella propria lettera al mercato dell'agosto 2015 Ivass ha dato le seguenti indicazioni in caso di c.d. «garanzie rotanti»:

«effettuino una revisione critica dei prodotti commercializzati, ridisegnando gli stessi al fine di renderli maggiormente calibrati rispetto alle caratteristiche e alle esigenze dei

4. Come detto la trasparenza, l'informativa e la correttezza nella commercializzazione di tali prodotti sono regolate in Italia attraverso la normativa primaria [codice civile, codice delle assicurazioni - d.lg. 209/2005 e codice del consumo - d.lg. 205/2005] e attraverso la regolamentazione secondaria dell'Autorità di controllo. Quest'ultima sarà competente a pronunciarsi sui reclami dei clienti e ad irrogare sanzioni. La violazione di regole di condotta consente però anche azioni giudiziali laddove determini il sorgere di conflitti tra interessi delle parti del rapporto contrattuale. In questo senso l'azione dei privati può interagire con la reazione dell'autorità pubblica con efficacia deterrente che induca alla corretta esecuzione della regola dettata a vantaggio della correttezza del mercato.

Oltre alle già richiamate possibili applicazioni di norme sull'interpretazione del contratto, sulla nullità per inesistenza del rischio o per vessatorietà delle clausole, eventuali difetti di trasparenza, informativa e correttezza nella commercializzazione dei prodotti assicurativi qui considerati possono ledere l'affidamento dell'assicurato.

È possibile che siano tradite le sue aspettative rispetto al contratto principale che non avrebbe stipulato se avesse avuto esatta conoscenza della vantaggiosità o meno dell'operazione economica posta in essere nel complesso dei contratti tra loro collegati.

È possibile che siano tradite le sue aspettative rispetto ai contenuti del contratto di assicurazione collegato.

In tal caso, a livello di azione secondo il diritto privato, potranno scaturire obbligazioni risarcitorie a carico del contraente che con la omissione di informativa abbia cagionato danno all'assicurato. Si pensi all'assicurato che ha concluso a condizioni svantaggiose per lui rispetto

diversi target di clientela a cui sono destinati; - riconoscano il diritto di recesso, già previsto dall'art. 177 del codice delle assicurazioni per le polizze vita, anche per le coperture danni; ciò in linea con quanto previsto da una recente iniziativa di autoregolamentazione e con alcune *best practices* presenti sul mercato che già prevedono il diritto di recesso in relazione a tutte le garanzie sia vita che danni, da esercitarsi entro 60 giorni; - pongano in essere un assetto dei controlli interni idoneo a verificare che la rete di vendita commercializzi i nuovi prodotti in relazione al target individuato e che vi siano adeguati filtri in grado di prevenire fenomeni di misselling; - impartiscano le necessarie istruzioni alla rete di distribuzione per le verifiche sull'assicurabilità dei rischi, sull'adeguatezza del prodotto rispetto alle specifiche esigenze del cliente e sulla informativa precontrattuale; - prevedano controlli e presidi specificamente cadenzati diretti a verificare lo standard e l'efficienza della rete di distribuzione nonché il rispetto delle istruzioni impartite e il livello di diligenza, trasparenza e correttezza nell'esecuzione dell'incarico di distribuzione».

alle condizioni presenti sul mercato perché non aveva correttamente valutato l'economia della operazione complessiva.

Ove poi la mancanza di trasparenza e di informativa abbiano indotto a stipulare il contratto principale o ad aderire alla polizza che altrimenti non sarebbero stati conclusi, siamo in presenza di un'ipotesi ascrivibile alla fattispecie del dolo vizio del consenso (art. 1439 c.c.) e quindi di un caso di annullabilità del contratto²³.

Gli interessi dell'assicurato potranno quindi trovare soddisfazione attraverso l'esercizio di azioni di nullità, annullamento, risarcimento del danno andando così a corroborare l'efficacia deterrente della sanzione amministrativa irrogata dall'Autorità di controllo.

ANDRÉS MARINO LÓPEZ

La «Bancassicurazione» in Uruguay

SOMMARIO: 1. Introduzione. - 2. Canali di distribuzione dei prodotti assicurativi. - 3. Vincolazione contrattuale tra la Banca e l'impresa assicurativa. - 4. Bancassicurazione e il consumatore dell'assicurazione. - 5. Conclusioni.

1. L'obiettivo di questa conferenza è studiare la situazione della distribuzione o commercializzazione delle assicurazioni da parte del settore bancario.

Come in altre paesi, in Uruguay la «Bancassicurazione» si è consolidata come uno dei principali canali di distribuzione di assicurazioni e va in crescendo.

L'Uruguay non ha una legge generale per le assicurazioni, né, come l'Italia, un Codice delle assicurazioni. La regolazione del mercato delle assicurazioni si fa, in Uruguay, per mezzo di norme del Codice di Commercio, la legge di liberalizzazione delle assicurazioni e attraverso le norme della «*Superintendencia de Intermediación de Seguros*» del Banco Centrale dell'Uruguay. Precisamente, la mediazione della Banca nella commercializzazione dei prodotti assicurativi è stata ammessa dall'indicata autorità di controllo finanziario.

2. Nel nostro paese, esistono canali tradizionali di distribuzione delle assicurazioni e canali non tradizionali, in relazione a chi fa la commercializzazione dei prodotti assicurativi.

La distribuzione tradizionale delle assicurazioni si fa per mezzo del «*corredor de seguros*» o *broker* o mediatore d'assicurazione, da una parte, o dall'agente assicurativo, dall'altra.

L'agente assicurativo agisce in rappresentanza dell'impresa assicurativa; invece, il «*corredor de seguros*» o *broker* o mediatore d'assicurazione agisce in modo oggettivo e offre consulenza ai clienti sulle diverse offerte di prodotti assicurativi che esistono nel mercato delle assicurazioni.

Ai canali tradizionali hanno aderito altri nuovi, come la vendita diretta da parte dell'impresa assicurativa, la commercializzazione da parte

²³ Si tratta di una soluzione da tempo accolta in dottrina. S. D'ERCOLE, *Reticenza e obblighi di informativa*, Napoli, 1984; G. CRISI, *L'obbligo precontrattuale di informazione*, Napoli, 1999. Prospetta anche la soluzione della nullità virtuale M. NUZZO, *Pratiche commerciali sleali ed effetti sul contratto: nullità di protezione o annullabilità per vizi del consenso?*, in E. MINERVINI e L. ROSSI CARLEO (a cura di), *Le pratiche commerciali sleali*, Milano, 2007, p. 235 ss.